

CARLA SÍLVIA NEVES DA NOVA FERNANDES

**A FAMÍLIA COMO FOCO DOS CUIDADOS DE ENFERMAGEM-
APRENDENDO COM O FAMILY NURSING GAME**

Tese de Candidatura ao grau de Doutor em
Ciências de enfermagem submetida ao
Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar
da Universidade do Porto.

Orientador – Professora Doutora Maria
Manuela Ferreira Pereira da Silva Martins

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação – Escola Superior de
Enfermagem do Porto

Coorientador – Professora Doutora
Bárbara Pereira Gomes

Categoria – Professor Coordenador

Afiliação – Escola Superior de
Enfermagem do Porto

**A FAMÍLIA COMO FOCO DE CUIDADOS DE ENFERMAGEM
- APRENDENDO COM O "FAMILY NURSING GAME"**

RESUMO

Apesar das inúmeras transformações ocorridas na família ao longo das últimas décadas, nomeadamente na sua estrutura e função, as famílias são determinantes no apoio à pessoa nos momentos de transição saúde/doença vivenciados em contexto hospitalar.

Cientes da importância dos enfermeiros na observação das famílias pelo seu caráter único e numa perspetiva sistémica, integrando a família como foco dos cuidados de enfermagem, surge este percurso, procurando, através da construção de uma estratégia criativa, ensinar a *família* e, assim, contribuir para a melhoria da assistência à família no hospital.

No primeiro estudo, pretende-se aplicação de todas as etapas associadas à construção de um jogo de tabuleiro, o Family Nursing Game®, nomeadamente a sua validação, teste e avaliação.

No segundo estudo, do tipo quase-experimental, realizado num contexto hospitalar, após uma intervenção formativa, onde se incluiu o jogo, é avaliado o impacto nas atitudes e nos conflitos com as famílias, bem como as alterações ocorridas na informação documentada pelos enfermeiros sobre a família.

Os resultados evidenciam alteração nas atitudes dos enfermeiros para com as famílias, assim como nos conflitos, embora em menor grau. Sobre a informação documentada pelos enfermeiros, podemos concluir ter havido alteração no foco de cuidados, na avaliação e intervenção da família. Tendo por base as categorias e subcategorias do modelo de avaliação e intervenção de Calgary, é significativo o aumento da frequência de registos, realçando-se as intervenções no domínio afetivo.

Entendendo o impacto de doença em todos os membros da família, assim como a influência da interação familiar sobre a transição saúde/doença, o jogo permitiu não só a mudança das práticas de cuidados de enfermagem à família, mas também vermo-lo como um grande aliado no âmbito formação.

Palavras-chave: Enfermagem à Família, Jogos experimentais; cuidado Hospitalar

***THE FAMILY AS A FOCUS OF NURSING CARE
- LEARNING WITH "FAMILY NURSING GAME***

ABSTRACT

Despite the numerous changes occurred in family over the past decades, particularly in its structure and function. Families are crucial in supporting an individual in times of transition between health/disease, experienced in a hospital environment.

Realizing the importance of nurses in observing the families for their unique character and a systemic perspective, integrating family has the focus in nursing care, comes this path, through the construction of a creative strategy, teach family, and thus contribute to an improved care of it in the hospital context.

In the first study, we intend to apply all the steps associated with building a board game, the Family Nursing Game®, including its validation, testing and evaluation.

In the second study, a quasi-experimental type, performed in a hospital setting, after a training intervention, in which the game was covered, we evaluated the impact on attitudes and conflicts within families, as well as the changes occurred in the information documented by nurses on family.

The results show changes in the attitudes of nurses towards families, as well as in conflict contexts, although to a lesser degree. On information documented by nurses, we can conclude that there have been changes in the focus of care, assessment and family intervention. Based on the categories and subcategories of the assessment and intervention of Calgary model, the increase in the frequency of records is significant, highlighting the interventions in the affective domain.

Understanding the impact of illness on all family members, as well as the influence of family interaction on the transition between health/illness, the game allowed not only the change of nursing practices care towards family, but also a great ally under training.

Keywords: Nursing the Family, experimental games; Hospital care.

AGRADECIMENTOS

No culminar deste percurso, compete-me salientar e agradecer a todos os que de alguma forma permitiram a sua concretização.

À Professora Doutora Maria Manuela Martins, orientadora deste estudo, pela amizade, ensinamentos, incentivo e paciência com que acompanhou este longo processo;

À Professora Doutora Bárbara Gomes, coorientadora deste estudo, pela clareza e competência das suas orientações;

Ao Professor Paulo Teles, pelo otimismo constante nos momentos de desânimo;

Ao Doutor Ventura Pereira, pela fonte de conhecimento;

Ao Conselho de Administração do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/Vila do Conde, nomeadamente à Direção de Enfermagem, pelas disposições que tornaram possível esta investigação;

Aos enfermeiros dos diferentes serviços de saúde, pela disponibilidade e motivação para a realização do estudo;

Aos professores e pessoal não docente da Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria, pelo incentivo, em especial à Maria do Céu, pela colaboração constante;

E, como não poderia faltar, aos amigos e à família, imprescindíveis nos momentos difíceis;

Aos meus pais e irmãos, pela ajuda e apoio incondicionais;

Aos meus filhos Hugo e Nuno, pelas imensas horas em que foram privados da mãe;

Ao Zé Augusto, ele sabe porquê,

A todos, um muito obrigada!

SIGLAS

ACSS- Administração Central do Sistema de Saúde
CIPE – Classificação Internacional da Prática de Enfermagem
DGS- Direção Geral de Saúde
FINC-NA – Families'Importance in Nursing Care- Nurses'Atitudes
IAEF-Instrumento de Avaliação da Estratégia de Formação
IC- Intervalo de confiança
ICN – International Council of Nurses
IFCE-AE- A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem
IGIF- Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde
INE – Instituto Nacional de Estatística
MCAF – Modelo de Calgary de Avaliação da Família
MICF - Modelo de Calgary de Intervenção na Família
N- frequência
OE – Ordem dos Enfermeiros
OMS- Organização Mundial de Saúde
 p – Nível de significância
REPE – Regulamento do Exercício Profissional de Enfermagem
ROCI-II – Rahim Organizational Conflict Inventory
SAPE- Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem
T - Estatística do Teste de Wilcoxon
WHO- World Health Organization
 \bar{x} =Média

PUBLICAÇÕES E COMUNICAÇÕES

Neste espaço são apresentados os artigos e as comunicações desenvolvidos durante o percurso desta investigação.

Artigos Publicados:

Fernandes, C S; Martins, M; & Gomes, B. (2014). Construir um instrumento de avaliação de estratégia de formação (IAEF). *Boletim Científico da Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria*, 6:p. 11 - 13.

Fernandes, C S; Martins, M; & Gomes, B. (2013). Construir um jogo para ensinar Família- "Family Nursing Game". *Boletim Científico da Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria*, 2:p. 4 - 7.

Martins, M; Fernandes, C & Takase, L. (2012). A família como foco dos cuidados de enfermagem em meio hospitalar: um programa educativo. *Revista Brasileira de Enfermagem- REBEN*, 65: p.685-690.

Fernandes, C S; Martins, M; Gomes, B & Gomes, J. (2012). Changing the approach to the family in the hospital setting through a Creative strategy. *Libro de ponencias do XVI Encuentro Internacional de Investigation en Enfermaria*, Cartagena.p. 628,629.

Fernandes, C S; Martins, M; & Gomes, B. (2012). Ensinando Enfermagem de Família em contexto hospitalar, recorrendo a um instrumento lúdico. In Carvalho, J.C. et al. (Eds.) - *Transferibilidade do Conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: ESEP, 2012. ISBN 978-989-96103-6-1. p. 116-121.

Fernandes, C S & Martins, M (2011). Family Nursing Game – Um jogo para refletir na família como foco dos cuidados de Enfermagem. *Revista de Divulgação Científica AICA*, 3: p.23 - 32.

Fernandes, C S; Martins, M; Gomes; Martinho; Barbieri & Angelo (2011). un Juego como estratégia para enseñar enfermaria familiar. *Libro de ponencias do XV Encuentro Internacional de Investigation en Enfermaria*, Madrid.p. 325,327.

Artigos que Aguardam Publicação:

Fernandes, C; Martins, M & Takase, L- Another way to teach Family: Family Nursing Game. (Previsão de publicação: volume 36, 2, 2014.- *Revista acta Scientiarum. Health Science*)

Fernandes, C & Martins, M - The Family Nursing Game: A new method for teaching nurses about the family. (em Revisão - *Nurse education in practice*)

Fernandes, C; Martins, M & Gomes, B- Jogar e Aprender família com o “Family Nursing Game”. (em Revisão – *Revista Referência*)

Conferências:

Fernandes, C S (2011). Aprender Enfermagem de Família: Family Nursing Game. *III Encontro do Dia Internacional da Família – “A Família na construção dos afectos”*.Escola Superior de Enfermagem de Coimbra, Coimbra.

Posters:

Fernandes, C; Martins, M & Gomes, B. (2012) Family Nursing Game- Estratégia lúdica para ensinar família. *IV Simpósio Internacional de Enfermagem de Família*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Fernandes, C S; Martins, M; Gomes, B & Gomes, J. (2012). Changing the approach to the family in the hospital setting through a Creative strategy. *XVI Encuentro Internacional de Investigation en Enfermaria*, Cartagena.

Fernandes & Martins (2011). O jogo como diagnóstico de formação sobre família. *I Encontro de Saúde Familiar*. Gandra-Paredes.

Comunicações orais:

Fernandes & Martins (2013) Changing the Approach to the Family in the Hospital setting through a Creative Strategy “Family Nursing Game”. *11th International Family Nursing Conference*. Mineápolis, Minnesota USA.

Fernandes, C. (2013). Ensinar Enfermagem de Família através de um jogo, *VI Jornadas Nacionais sobre Tecnologia e Saúde*, Guarda.

Fernandes, C; Martins, M & Gomes, B. (2013) Pensar Família como sistema em Contexto Hospitalar. *Family Health Nursing in European Communities*, Porto.

Fernandes, C; Martins, M & Gomes, B. (2012) Ensinando enfermagem de Família em Contexto hospitalar recorrendo a um instrumento lúdico. *IV Simpósio Internacional de Enfermagem de Família*. Escola Superior de Enfermagem do Porto, Porto.

Fernandes, C S; Martins, M; Gomes; Martinho; Barbieri & Ângelo (2011). un Juego como estratégia para enseñar enfermaria familiar. *XV Encuentro Internacional de Investigación en Enfermaria*, Madrid.

Outros:

Fernandes, & Martins. (2011). *Family Nursing Game* ® Registo de Patente N.º 1046/2011. Portugal.

ÍNDICE

INTRODUÇÃO	23
1. A FAMÍLIA E A ENFERMAGEM	31
1.1. A FAMÍLIA NO HOSPITAL	47
1.2. UM MODELO PARA O FOCO NA FAMÍLIA EM CONTEXTO HOSPITALAR	54
2. A FORMAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES	69
2.1. FORMAÇÃO NOS ADULTOS	74
2.2. O JOGO COMO ESTRATÉGIA CRIATIVA PARA A FORMAÇÃO	78
3. PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO	87
3.1. JUSTIFICAÇÃO DO PROBLEMA DE INVESTIGAÇÃO	87
3.2. DA CONSTRUÇÃO DO JOGO À INTERVENÇÃO	94
4. CONSTRUIR UMA ESTRATÉGIA FORMATIVA- UM JOGO	97
4.1. SOBRE AS VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS	98
4.2. CONTEXTO E PARTICIPANTES	100
4.3. O FAMILY NURSING GAME®	102
5. O “ANTES” E O “DEPOIS” DO JOGO	113
5.1. SOBRE AS VARIÁVEIS E INSTRUMENTOS DE MEDIDA	115
5.2. CONSIDERAÇÕES ÉTICAS	122
5.3. CONTEXTO E PARTICIPANTES	123
5.4. AVALIAÇÃO DAS ESTRATÉGIAS PEDAGÓGICAS	130
5.5. IMPACTE NAS ATITUDES DOS ENFERMEIROS	143
5.6. IMPACTE NOS CONFLITOS COM A FAMÍLIA	157
5.7. IMPACTE NA INFORMAÇÃO DOCUMENTADA SOBRE FAMÍLIA	171
6. APRENDER COM O “FAMILY NURSING GAME”	199
7. CONSIDERAÇÕES FINAIS	217

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS	221
ANEXOS	237
ANEXO I: QUESTIONÁRIOS	239
ANEXO II: CONSENTIMENTO INFORMADO	247
ANEXO III: AUTORIZAÇÃO PARA A REALIZAÇÃO DO ESTUDO.....	251
ANEXO IV: CAUSAS DA VARIAÇÃO DA ESCALA DAS ATITUDES.....	255

LISTA DE GRÁFICOS

Gráfico 1: Avaliação das estratégias.....	110
Gráfico 2: Representação gráfica da Idade da amostra	125
Gráfico 3: Representação da experiência profissional da amostra.....	126
Gráfico 4: Representação gráfica da experiência profissional no atual serviço.....	128
Gráfico 5: Representação gráfica da amostra pelos diferentes serviços	129
Gráfico 6: Representação gráfica do familiar internado.....	130
Gráfico 7: Representação da Pontuação de Concordância do Jogo – Global.....	138
Gráfico 8: Representação Gráfica da Pontuação de Concordância do Filme.....	140
Gráfico 9: Representação Gráfica da Concordância da Palestra.....	142
Gráfico 10: Representação gráfica da pontuação da escala de atitudes.....	153
Gráfico 11: Representação gráfica da pontuação de concordância – global	155
Gráfico 12: Representação Gráfica da pontuação nos conflitos- Antes.....	167
Gráfico 13: Representação Gráfica da Pontuação de Concordância dos Conflitos.....	169
Gráfico 14: Representação Gráfica da Idade Antes da Formação	173
Gráfico 15: Representação Gráfica do Tempo de Internamento Antes	174
Gráfico 16: Representação Gráfica da Idade Depois da Formação	181
Gráfico 17. Representação Gráfica do Tempo de Internamento Depois	182
Gráfico 18: Média da pontuação global do jogo por serviço	202
Gráfico 19: Comparação da pontuação total das estratégias	204

LISTA DE FIGURAS

Figura 1: Fontes teóricas de enfermagem de família (Hanson, 2005)	37
Figura 2: Níveis de intervenção na família (Wright e Leahey 1990, p.149)	46
Figura 3. Conceitos integrados na formação contínua	71
Figura 4: Pressupostos da Andragogia adaptado de Knowles 1990	76
Figura 5: Fenómenos de Enfermagem documentados num mês	91
Figura 6: Desenho do estudo	95
Figura 7: Desenho do primeiro estudo.....	97
Figura 8: Etapas da conceção do jogo adaptado de Jaffe (2011).....	102
Figura 9: Regras do Family Nursing Game.....	105
Figura 10. Tabuleiro do Family Nursing Game.....	105
Figura 11. Peças do jogo	106
Figura 12. Jogar o Family Nursing Game	106
Figura 13: Desenho do segundo estudo	114

LISTA DE TABELAS

Tabela 1: Contributos da enfermagem adaptado (Kaakinen e Hanson, 2010)	35
Tabela 2: Processos consultados por serviço	90
Tabela 3: Operacionalização da caracterização dos participantes	99
Tabela 4: Operacionalização das estratégias de formação	99
Tabela 5: Operacionalização da avaliação das estratégias formativas.....	99
Tabela 6: Área de atividade profissional dos peritos	100
Tabela 7: Caracterização dos participantes do Hospital para teste do jogo.....	101
Tabela 8: Grau de concordância do questionário aos peritos.....	109
Tabela 9: Participação dos enfermeiros nas estratégias	110
Tabela 10: Operacionalização da caracterização dos participantes.....	116
Tabela 11: Operacionalização das estratégias de formação	116
Tabela 12: Operacionalização da avaliação das estratégias formativas	116
Tabela 13: Operacionalização da avaliação do impacto da formação	117
Tabela 14: Representação da idade da amostra	124
Tabela 15: Representação do grau académico da amostra	125
Tabela 16: Representação da categoria profissional da amostra	125
Tabela 17: Representação da experiência profissional da amostra	126
Tabela 18: Representação da experiência profissional no atual serviço	127
Tabela 19: Representação da formação em enfermagem de família da amostra..	128
Tabela 20: Representação da metodologia de trabalho utilizada	129
Tabela 21: Avaliação do grau de concordância do Jogo	131
Tabela 22: Avaliação do grau de concordância do Filme	133
Tabela 23: Avaliação do grau de concordância da Palestra	134
Tabela 24: Teste de Wilcoxon para Comparação da avaliação das estratégias	136
Tabela 25: Caracterização da Pontuação de Concordância do Jogo – Global.....	137
Tabela 26: Caracterização da Pontuação de Concordância do Jogo–por serviço.	139
Tabela 27: Caracterização da Pontuação de Concordância do Filme – Global	140
Tabela 28: Caracterização da Pontuação Concordância do Filme –por serviço	141
Tabela 29: Caracterização da Pontuação de Concordância da Palestra.....	141
Tabela 30: Caracterização da Concordância do Palestra– por serviço	142
Tabela 31: A Importância das Famílias nos cuidados antes da Formação	145
Tabela 32: A Importância das Famílias nos Cuidados Depois da Formação.....	147
Tabela 33: Comparação do Grau de Concordância Antes e Depois da Formação	148
Tabela 34: Principais causas da variação do grau de concordância das atitudes ..	151
Tabela 35: Comparação das dimensões da escala das atitudes Antes e Depois..	152
Tabela 36: Caracterização da pontuação da escala das atitudes.....	153
Tabela 37: Caracterização da pontuação de concordância – global.....	154
Tabela 38: Comparação das atitudes dos enfermeiros por serviço	156
Tabela 39: Conflitos com as Famílias nos Cuidados Antes da formação.....	160

Tabela 40: Conflitos com as Famílias nos Cuidados Depois da Formação	161
Tabela 41: Teste Wilcoxon-comparação da concordância nos conflitos	163
Tabela 42: Principais causas da variação dos itens da escala dos conflitos	165
Tabela 43: Comparação das dimensões da escala dos conflitos antes e após	166
Tabela 44: Caracterização da Pontuação Total dos Conflitos – Antes	167
Tabela 45: Caracterização da Pontuação de Concordância dos Conflitos.....	168
Tabela 46: Comparação do grau de concordância dos conflitos por serviço	170
Tabela 47: Caracterização da Idade Antes da Formação	172
Tabela 48: Caracterização do tempo de Internamento Antes da Formação	173
Tabela 49: Distribuição dos serviços antes da formação	175
Tabela 50: Relação com o Prestador de Cuidados Antes da Formação	176
Tabela 51: Avaliação da Família Antes da Formação.....	176
Tabela 52: Intervenção na Família Antes da Formação	178
Tabela 53: Intervenção na Família Antes da Formação	179
Tabela 54: Caracterização da Idade Depois da Formação	180
Tabela 55: Caracterização do Tempo de Internamento Depois da Formação	182
Tabela 56: Serviços Depois da Formação	184
Tabela 57: Relação com o Prestador de Cuidados Depois da Formação	185
Tabela 58: Avaliação da Família Depois da Formação	186
Tabela 59: Avaliação da família na Medicina Homens	188
Tabela 60: Avaliação da família na Medicina Mulheres.....	189
Tabela 61: Avaliação da família na Pediatria	190
Tabela 62: Avaliação da Família na Obstetrícia.....	191
Tabela 63: Avaliação da Família na Ortopedia	192
Tabela 64 Avaliação da Família na Cirurgia	193
Tabela 65: Avaliação da Família na neonatologia	193
Tabela 66: Intervenção na Família depois da formação.....	194
Tabela 67: Intervenção na Família Depois da Formação	195
Tabela 68: Intervenção na Família nos dois Momentos por Serviço	196
Tabela 69: Impacto da formação nas atitudes dos enfermeiros.....	205
Tabela 70: Impacto da Formação nos Conflitos dos Enfermeiros	208
Tabela 71: Avaliação da Família – Comparação entre os dois Momentos.....	212
Tabela 72: Intervenção na Família – Comparação entre os dois Momentos	213
Tabela 73 Intervenção na Família – Comparação dos subdomínios.....	214

INTRODUÇÃO

A evolução das últimas décadas tem tido impacto a vários níveis, na família, no trabalho, na saúde, na educação, na investigação, na sociedade em geral.

A família tem sido agente e alvo simultaneamente das mudanças que têm ocorrido ao longo dos tempos (Santiago, 2009). *“Desde o fim da Segunda Guerra Mundial, com especial aceleração nos últimos trinta anos, que temos vindo a assistir na Europa, e no denominado mundo ocidental, a mutações das relações familiares”* (Pedroso & Branco, 2008, p. 53). É o emergir de novas estruturas familiares, isto significará a recusa de um anterior modelo de família demasiado circunscrito e normativo? Parece que sim, tanto mais que nos nossos dias, o filho deixou de ser a finalidade básica do casal (Maria & Torres, 1999).

A autonomia e a liberdade, o aumento da instabilidade conjugal (que resulta em separação e divórcio), o aumento dos conflitos e do sofrimento psicológico, o empobrecimento das famílias monoparentais, a difusão de formas de união diversa, ou alternativas ao casamento, o aumento dos nascimentos de crianças fora da união matrimonial, as questões ligadas às uniões homossexuais ou às uniões multiculturais, resultam em novas formas de ser família (Pedroso & Branco, 2008). Associam-se a estas variáveis a alteração de papéis, nomeadamente “ (...) a teoria do “novo homem” e da “supermulher”, *aquele que, partilhando as tarefas domésticas e a educação dos filhos, está conciliando os dois aspetos com a realização profissional.* (Maria & Torres, 1999, p. 12). O que nos remete para novas formas de construir e ser família.

Apesar da possível diversidade estrutural da família, continua a ser na família que a pessoa recebe suporte psicológico nas situações de maior

stress pessoal e social, nomeadamente em internamento hospitalar de um dos seus membros, ocupando um lugar primordial na vida dos indivíduos.

Os hospitais também têm sido alvo de inúmeras alterações, nomeadamente na sua estrutura, na sua função e no seu funcionamento. O hospital é pensado progressivamente como empresa, num crescente processo de racionalização das práticas (Bernardes, Cecilio, Nakao, & Évora, 2007). Para aumentar a eficiência de cuidados de saúde, são fixados sistemas de remuneração em função da produção por meio de indicadores, privilegiando os atendimentos em ambulatório (Ekdahl, 2013).

A centralização dos serviços de saúde, a eficiência e eficácia exigida aos seus atos, determina que os internamentos sejam cada vez mais curtos, onde se espera que a família assuma o papel de prestador. Num incremento da desospitalização e gestão familiar dos cuidados (Monteiro, 2009). Nos hospitais ainda persiste uma influência do modelo biomédico, que tem como enfoque principal, se não único, o indivíduo, nomeadamente pelos enfermeiros (Segaric & Hall, 2005).

Apesar do crescimento da pesquisa da família ao longo dos últimos 20 anos, são descritas deficiências na sua aplicação na prática de cuidados (Eggenberger, 2007). Embora os enfermeiros reconheçam a importância da família nos cuidados na saúde e doença, tem havido uma transferência limitada da teoria para a prática, justificadas pelas barreiras e pela falta de clareza de conceitos (Segaric & Hall, 2005).

Os profissionais de saúde, incluindo os enfermeiros expressam preocupação com a interferência dos membros da família num procedimento, porque os membros da família podem observar o bom ou mau desempenho da prestação de cuidados (El-Masri & Fox-Wasylyshyn, 2007). A prática de enfermagem à família vai depender do próprio conceito dos enfermeiros sobre família, da mudança de um pensamento linear para um pensamento sistémico (Wright & Leahey, 2009).

Conforme nos descreve Gimeno (2003), num discurso proferido por uma criança junto dos seus irmãos: «sabem uma coisa? Em casa da Maria quem grita é a mãe e quem sofre é o pai» Ela descobria, surpreendida, outras famílias para além da padieira da sua janela, e comprovava maravilhada a existência de famílias diferentes da sua. Todos aprendemos sobre família ao fazermos parte de uma, porém, esta baseia-se na nossa própria experiência, tendo uma única visão da família (Hanson & Kaakinen, 2005). Os enfermeiros precisam de encontrar uma definição mais alargada de família, que ultrapasse a sua própria “Janela”.

É emergente a alteração dos contextos de cuidados, porque “*A enfermagem tem um compromisso e obrigação de incluir as famílias, nos cuidados de saúde*” (Wright & Leahey, 2009, p. 13). As intervenções de enfermagem devem ser direcionadas para a família como foco de atenção dos seus cuidados, e não uma abordagem fragmentada visando apenas o indivíduo. Todos os enfermeiros devem possuir conhecimentos e competências para avaliar e intervir na família, quando um dos elementos do sistema necessita de cuidados.

A globalização, os meios de divulgação da informação, nomeadamente a internet, tornam veloz e acessível qualquer tipo de informação. Todos os dias somos bombardeados com informação das mais variadas formas. Se estas características constituem uma mais-valia para o desenvolvimento, também constituem grandes desafios, nomeadamente para os formadores.

Os formandos de hoje têm altos padrões de exigências e apresentam expectativas muito altas sobre a experiência da aprendizagem, o que constitui uma dificuldade até para os formadores mais talentosos e experientes (Herrman, 2008). Ensinar qualquer tema exige criatividade e imaginação para captar o interesse dos formandos (Stanely & Latimer, 2011).

O formador passou a ser o estimulador despertando o interesse pela aprendizagem (Coscrato, Pina, & Mello, 2010), onde as estratégias criativas e inovadoras são um forte aliado (Baid & Lambert, 2010; Deyoung, 2009;

Boctor, 2013). Ao aumentar o nível de prazer na aprendizagem, as estratégias de ensino criativas podem inspirar os formandos e motivar para a aprendizagem. Devemos considerar a utilização destes métodos, que fornecem desvios aos métodos tradicionais, na crença de que recordamos com mais frequência o que nos é transmitido de forma criativa e diferente. A inovação não precisa ser grande, qualquer desvio, grande ou pequeno da rotina é considerado uma inovação (Herrman, 2008).

A tecnologia proporcionou novas e interessantes formas de ensinar, que, no entanto, apresentam limitações, nomeadamente os encargos económicos associados à aquisição de hardware e software, a pouca interação entre os formandos, a formação para a utilização da tecnologia, além de muitas competências serem difíceis de ensinar e aprender eletronicamente (Baid & Lambert, 2010).

O jogo é uma estratégia de ensino que promove o interesse sobre a temática, permite aquisição de conhecimentos e competências, permite rever conteúdos, e melhorar a atenção (Henderson, 2005), potência a interação entre todos os formandos (Deyoung, 2009), envolvendo os intervenientes de modo ativo no processo de ensino-aprendizagem.

No que se refere à aplicabilidade destas estratégias nos adultos, a literatura indica que os jogos vão ao encontro das suas necessidades, porque os adultos preferem assumir a responsabilidade pela sua aprendizagem e verem integrados os seus próprios conhecimentos (Royse & Newton, 2007; Deyoung, 2009). Esta temática desafia, as atuais perspetivas de educação de adultos, gestão de recursos humanos, e formação nas empresas.

De acordo com o Gabinete de Estratégia e Planeamento, em 2010, aproximadamente 26 milhares de empresas proporcionaram formação profissional contínua aos seus trabalhadores, correspondendo a um aumento de 20,5% face a 2005 e de 42,6 % relativamente a 1999 (2012). Por outro lado, no relatório sobre avaliação do impacte das ações de formação, é salientado que as empresas que não efetuaram cursos de

formação profissional indicaram menos alterações do que as que as fizeram. E a maioria das respostas indicou que a formação realizada contribui muito, ou em parte, para as alterações (Gabinete de Estratégia e Planeamento, 2009).

Com efeito, *“Se muitas vezes a formação se converte num fator de “excelência” e na “chave de sucesso” da empresa, na medida em que através da capacitação e do desenvolvimento das pessoas que a integram, permite o alcance dos seus objetivos, nem sempre a formação satisfaz, suficientemente, os seus utilizadores, quer as próprias empresas, quer os trabalhadores”* (Bernardes, 2013, p. 56). A formação em serviço tem de estar de acordo com as exigências do conteúdo funcional do formando, com as exigências das situações práticas inseridas no contexto, e com as expectativas dos formandos e dos formadores, na tentativa de construir novas formas de pensar a formação (Dias, 2004).

Esta realidade aplica-se também à formação em contexto hospitalar, em que a modernização dos serviços, equipamentos e o próprio desenvolvimento da ciência e investigação coloca a necessidade contínua de atualização a todos os profissionais de saúde, nomeadamente os enfermeiros. Um desenvolvimento impulsionado pela necessidade da crescente especialização dos profissionais e pela quantidade de conhecimento concedido aos leigos (Ekdahl, 2013). O impacto do desenvolvimento também tem tido implicações na Enfermagem que tem perante si o desafio de um futuro num mundo em constante mudança e competitivo, onde o conhecimento é um fator determinante.

Os novos conhecimentos desenvolvem-se pela investigação, que se torna indispensável à evolução de qualquer ciência (Fortin, 2009). A Investigação em Enfermagem é um processo sistemático, científico e rigoroso, que procura incrementar o conhecimento nesta disciplina, respondendo a questões ou resolvendo problemas para benefício dos utentes, famílias e comunidades (OE, 2006). Este percurso vai ao encontro destas referências,

tendo como finalidade integrar a família como foco dos cuidados de enfermagem em contexto hospitalar.

A procura da melhor estratégia para ensinar família como foco dos cuidados de enfermagem, leva-nos ao Doutoramento em Ciências de Enfermagem, do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar - Universidade do Porto, propondo um recurso a um jogo. Atualmente é possível constatar a potencialidade do jogo, como instrumento pedagógico, na aprendizagem das mais variadas áreas do conhecimento (Allum, Blakely, Cooper, Nelmes, & Skirton, 2010; Blakely, Skirton, Cooper, Allum, & Nelmes, 2008; Bowers, 2011; Pimentel, 2004; Hodges, 2008). A escolha desta temática surge associada à sua experiência profissional como enfermeira, tendo integrado uma comissão de formação de um hospital, assim como a coordenação de uma equipa de gestão de altas (EGA). Tal evidenciava a dificuldade dos enfermeiros integrarem na prática de cuidados de enfermagem uma abordagem sistémica da família, facilitando os processos de transição de saúde/doença.

A investigação integrou duas fases. Num primeiro momento, foi construído, avaliado e validado um jogo, intitulado “Family Nursing Game®”. Neste jogo de tabuleiro, o progresso é determinado pela capacidade do jogador/equipa responder às questões sobre conteúdos de Enfermagem à Família.

Num segundo momento foi realizado um estudo quase-experimental, do tipo delineamento de tempo com antes e depois, para avaliar o impacto da estratégia numa população de enfermeiros de diversos contextos de cuidados de um hospital.

O relatório desta investigação reproduz as diferentes etapas percorridas ao longo dos últimos quatro anos. Conforme salienta Carmo & Ferreira (2008), a elaboração de um relatório deve permitir avaliar a pertinência, o rigor e o valor científico do trabalho realizado, assim como a criatividade na sua documentação, refletindo as características do seu autor. Tendo como objetivos: salientar os marcos teóricos que mais contribuíram para o

percurso de investigação; descrever os vários estudos de suporte à investigação e apresentar os resultados mais relevantes do estudo.

No primeiro capítulo, denominado “A família e a enfermagem” são explorados os conceitos centrais deste estudo, conceito de família, a evolução da abordagem à família em contexto hospitalar, assim como o modelo proposto de avaliação e intervenção na família de Calgary, sendo uma das temáticas desenvolvidas no jogo.

No capítulo seguinte, “A formação nas organizações”, é abordado a questão da formação em serviço, com a particularidade de a população-alvo ser constituída por adultos. É também desenvolvida a vantagem do jogo, como estratégia criativa e inovadora, para a formação de adultos.

No terceiro capítulo, é descrita a preparação do trabalho de campo, justificando o problema de investigação e o desenho do percurso desenvolvido.

No capítulo quatro, é apresentado o primeiro estudo relacionado com a construção do jogo, teste e validação.

No capítulo cinco, é apresentado o segundo estudo, variáveis, instrumentos, considerações éticas, contexto, participantes e resultados.

No capítulo seis, são discutidos os resultados dando respostas às principais inquietações do estudo.

E, por último, a reflexão sobre os objetivos do estudo e de todo o percurso desenvolvido ao longo destes últimos quatro anos.

Apesar das inúmeras dificuldades, obstáculos, sucessos e retrocessos, ao longo deste percurso, acreditamos em que formar e refletir sobre família, através de um jogo, permite que os enfermeiros tenham uma estrutura concetual clara para avaliação e intervenção nas famílias e que considerem estas novas competências nos cuidados à família. Tal como refere Wright & Leahey (2009), enfatizamos que as famílias têm capacidade de solucionar

os seus próprios problemas, a nossa tarefa como enfermeiros é facilitar e ajudá-los a encontrar as suas próprias soluções. Porém, para que isso aconteça, é necessário que os enfermeiros detenham uma estrutura que lhes permita a transição para avaliar e intervir na família na prática de cuidados.

1. A FAMÍLIA E A ENFERMAGEM

Ao longo deste capítulo, são descritos conceitos subjacentes à complexidade da problemática em análise, nomeadamente o conceito de família, a evolução da sua estrutura e função em Portugal, alicerçada nas grandes transformações políticas e sociais que influenciaram estas alterações. A enfermagem não tem sido alheia a estas mudanças, apesar de ter sempre evidenciado, ao longo da sua história, como ciência, a preocupação em “Pensar família”.

Se nos referirmos à família em sentido jurídico, conforme referido no artigo 1576º do código civil Português, esta será constituída pelas pessoas que se encontram ligadas pelo casamento, pelo parentesco, pela afinidade e pela adoção (Portugal, Lei nº 23/2010 Código Civil Português, 2010). Ao integrar os laços biológicos, discriminaremos alguns conceitos como a família nuclear, família alargada, família de origem, entre outras. Por outro lado, na integração dos vínculos familiares psicossociológicos diferenciaremos a família adotiva e a família educadora (Gimeno, 2003).

Conforme nos refere Frei Bernardo (2002), o vocábulo “Família” cobre realidades bastante diferentes; no entanto, em comum, tem uma perspetiva de ascendência, descendência, semelhança, de proximidade de estrutura e cruzamento. Este cruzamento cria novos laços, a “minha família”, os “meus”, a “tua” e os “teus”. Pelo que, acresce ao conceito de família as ligações afetivas, não dependente dos laços sanguíneos (Relvas, 2006).

Para além do enfoque nos diferentes contributos das ciências para o conceito de família, salienta-se que o mesmo tem sofrido mudanças e alterações ao longo dos tempos e culturas. *“O conceito de família não é um conceito unívoco para todas as épocas e culturas, pelo que podemos*

apreciar substanciais diferenças transculturais entre os membros da família que se sentem parte dela, assim como nos papéis e funções esperados de cada um e da família no seu todo” (Gimeno, 2003, p. 39).

Conforme nos refere McGoldrick (2003), precisamos ir além das definições de “Família” da cultura dominante e prestar atenção aos relacionamentos com os irmãos, sobrinhas, sobrinhos, netos, tias e tios. Além disso, precisamos cuidar das amizades, da saúde, da segurança e dos contextos da comunidade em que as famílias se encontram. *“A diversidade de modelos familiares, ao longo dos tempos e nas diferentes culturas, torna difícil atingirmos um consenso de definição única de família, mesmo que, intuitivamente, todos tenham em mente uma concepção e até uma atitude básica em relação a ela.”* (Gimeno, 2003, p. 40).

Os contributos, acima referidos, vão evidenciando a abrangência do conceito de família, indo ao encontro da definição proposta por Wright & Leahey (2009) em que a família é, sem dúvida, quem os seus membros dizem que são.

O modelo de família foi variando ao longo dos tempos e assume diferentes formas quando observados à luz das diferentes culturas. Podemos identificar o harém muçulmano, a alargada família hindu, a família nuclear europeia, ou a família patriarcal cigana; no entanto, em todos eles encontramos modelos familiares (Gimeno, 2003).

A evolução dos diversos contextos sociais e políticos, nomeadamente o envelhecimento demográfico, a diminuição da taxa de fecundidade, as novas formas de união, entre outras, têm conduzido a uma diversidade de transformações na família a nível global, reflexo da sociedade moderna. Em 1999, estes autores alertavam para as mudanças estruturais da família, referindo: *“O que vai existir no futuro é uma grande pluralidade de modelos familiares. Serão famílias nucleares, monoparentais, reconstituídas de várias formas, famílias compostas por mães ou por pais sós com crianças adotadas, famílias que se mantêm ligadas depois do divórcio, por via dos*

filhos, porque se conseguiu que a separação fosse compreendida e aceite por todos (Maria & Torres, 1999, p. 13).

Parece evidente que os discursos ideológicos acentuam as diferenças nos modelos de família que se vão ensaiando. Tanto no ocidente como no oriente, tem havido aspetos bastante aproximados, nomeadamente o alargamento dos ciclos de vida e a rapidez das mudanças sociais (Frei Bernardo, 2002).

Walsh (2005) destaca algumas tendências sociais, nomeadamente, formas familiares diversas, mudança nos papéis dos sexos, diversidade cultural, disparidade socioeconómica e o ciclo de vida familiar variado e ampliado. *As mudanças sociais invadem o sistema familiar e suscitam situações para as quais não existem modelos prévios: a igualdade da mulher, a sua integração no mercado de trabalho, o desmembramento das famílias alargadas; o deficiente mercado laboral, a solidão das grandes cidades; o individualismo. Tudo isto são grandes questões que carecem de uma resposta de carácter social genérico, mas que não prescindem, nem poderão prescindir, da contribuição da família. Sim de facto algo morreu na família, mas surgiram também outras tarefas novas e há muitas outras tarefas novas que esperamos ver nascer e crescer* (Gimeno, 2003, p. 25).

Em Portugal, as estruturas familiares também têm vindo a alterar-se. Os censos realizados em 1991, 2001, 2011 alertam-nos para um envelhecimento demográfico transversal. As famílias são hoje de menor dimensão, com um aumento significativo, na última década, dos divorciados e recasados; mais mulheres viúvas e divorciadas do que homens (INE, 2011). Pela demografia, observava-se uma família em mudança desde os anos 60: O casamento religioso perdia peso, tinha-se menos filhos, o divórcio aumentava e a atividade profissional feminina não parava de crescer. Pela sociologia e pela antropologia, conhecia-se alguma da diversidade emergente: valores fortemente marcados pela ruralidade; novas formas de família e vivências diversas do divórcio (Wall, 2005).

Após o movimento ocorrido até à década de 1960 e caracterizado por uma nupcialidade elevada, rejuvenescimento da idade média no casamento, por um menor número de nascimentos fora do casamento e por um aumento dos casais com filho, ocorreu um movimento de «modernização», iniciado em meados da década de 1970, onde as formas de constituição e de organização da conjugalidade apresentam sinais de reforço da informalidade do laço conjugal e de pluralização do leque de transições possíveis nos percursos familiares, acrescentando-os de momentos de rutura e de recomposição.

Tende-se a casar menos, cada vez mais tarde e mais frequentemente apenas pelo regime do casamento civil; simultaneamente, os casais têm filhos mais tarde e em menor número. Estas transformações têm reflexos na evolução da estrutura familiar portuguesa (Pedroso, Casaleiro, & Branco, 2011).

Com efeito, as dinâmicas familiares alteraram-se de tal modo que, se era frequente constituir-se uma nova família pelo casamento, e a sua dissolução ser normalmente provocada pela morte, hoje, a família adquiriu novas complexidades (Silva, 2006). Estamos perante uma vida familiar em mudança, a um ritmo quase vertiginoso, decorrente dos movimentos de modernização da sociedade, aproximando-nos dos padrões demográficos e familiares que mais cedo se observaram noutras sociedades ocidentais (Aboim, 2006). *“Novos cenários familiares, flexíveis e fluidos, onde se verifica o aumento das uniões de facto; o aumento do número de crianças nascidas fora do casamento; o aumento das famílias monoparentais; o aumento das famílias recompostas; o aumento das famílias transnacionais; e o aumento das famílias unipessoais”* (Pedroso & Branco, 2008, p. 55).

Se por um lado estas transformações conduziram ao sublinhar de novas necessidades e novas particularidades da família, convém não esquecer que a família, apesar de no passado ter tido estruturas mais semelhantes, sempre teve o seu carácter único. *A família não é só o lugar de reprodução biológica, mas também um lugar denso e rico de afeto, de solidariedade,*

transmissão dos conhecimentos e do saber (Maria & Torres, 1999). Conforme refere Relvas (2006) “O indivíduo é um todo parte de uma família e de uma sociedade, mas nesse indivíduo vive, existe e reconhece-se essa família e essa sociedade” (Relvas, 2006,p.15).

As famílias têm sido objeto de especial atenção nos últimos tempos em diversas áreas científicas, a que a enfermagem não é alheia. Os enfermeiros sempre reconheceram a importância da família nos cuidados de saúde (Bell, Watson, & Wright, 1990). Nas descrições do trabalho de Florence Nightingale, já eram descritas as intervenções nas famílias dos soldados que tinham morrido (Calkin, 1990).

A enfermagem à família não estava evidente nos enunciados da maioria das teorias clássicas então existentes. A maioria era focada no indivíduo e não na família (Hanson & Kaakinen, 2005). Porém, as teorias e os modelos de enfermagem foram integrando conceitos importantes para as práticas de enfermagem à família (Kaakinen & Hanson, 2010). (Tabela 1)

Autores	Teorias
Rogers 1970	Ser Humano Unitário
Roy 1976	Modelo de adaptação
King 1987	Teoria da consecução de um objetivo
Neuman 1995	Modelo de sistemas
Orem 1985	Teoria do Autocuidado
Friedemann 1995	Modelo de Organização sistêmica

Tabela 1: Contributos da enfermagem adaptado (Kaakinen e Hanson, 2010)

Rogers (1970), de início focado no indivíduo como sistema aberto em troca constante com o ambiente, integrou o princípio de homeostasia (Basavanthappa, 2007).

Na teoria de Roy (1984), as pessoas são vistas como sistemas abertos em constante adaptação, podendo o foco de cuidados ser a pessoa, a família, uma comunidade ou uma sociedade (Galbreath, 2000).

King (1987) integrou a família como um sistema interpessoal e social, salientando a interação entre os diferentes sistemas, na consecução de objetivos (Basavanthappa, 2007).

Para Neuman (1995), a família é vista como sistema, composto por vários subsistemas, que responde aos elementos stressores do ambiente, numa perspectiva de continuidade (Hanson & Kaakinen, 2005) .

Orem, considera a família, em segundo plano, mais especificamente, os elementos do sistema familiar são uma categoria de fatores, ou seja, fatores que influenciam o autocuidado e as necessidades de autocuidado (Fawcett & Whall, 1990). No âmbito da teoria de autocuidado, de Orem (1985), e contributos de Gray (1996), o comportamento de autocuidado da família evolui através de relacionamento interpessoal, comunicação e cultura, que é única para cada família (Kaakinen & Hanson, 2010). As teorias de enfermagem enfatizaram principalmente o indivíduo e a família vista como o contexto para o indivíduo (Orem, 1985; King, 1987).

Em contraste, Friedemann (1995), desenvolveu uma teoria do funcionamento familiar, no âmbito da organização sistêmica (Astedt-Kurki, Friedemann, Paavilainen, Tammentie, & Paunonen-illmonen, 2001).

Não existe uma única teoria ou estrutura conceptual que descreva de modo adequado as relações da família. Nenhuma perspectiva teórica dá aos enfermeiros uma base de conhecimentos e compreensão suficientemente vasta para orientar a avaliação e as intervenções junto das famílias (Kaakinen & Hanson, 2010). "It is not "either/or" but rather "both/and" (Wright & Leahey, 1990, p. 150)."

As ideias sobre as famílias podem ser oriundas de várias fontes, incluindo de diferentes disciplinas da ciência, nomeadamente das experiências com

nossas próprias famílias. No entanto, nenhuma fonte deve ser menosprezada, embora tenhamos de estar cientes de que essas fontes, provavelmente, afetaram as principais características da teoria (White & Klein, 2002).

A enfermagem, onde a família é o foco dos cuidados, necessita da integração de várias teorias: da teoria dos sistemas, da cibernética e das teorias de terapia familiar (Wright & Leahey, 1990). As estruturas conceptuais ou teóricas e as abordagens que fornecem os fundamentos para a enfermagem de família desenvolveram-se a partir de três grandes tradições e disciplinas (Figura 1): ciência social da família, terapia familiar e enfermagem (Hitchcock, shubert, & Tomas, 2003; Hanson & Kaakinen, 2005; Kaakinen & Hanson, 2010).

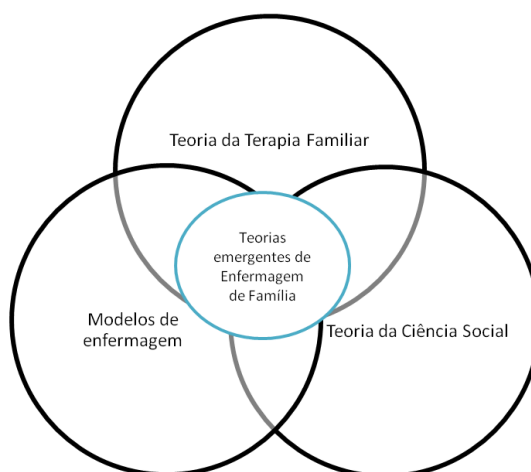


Figura 1: Fontes teóricas de enfermagem de família (Hanson, 2005)

Uma série de teorias, oriundas principalmente da sociologia, explicam as famílias (Hitchcock, shubert, & Tomas, 2003). As teorias da ciência social são as mais antigas, mais desenvolvidas e informativas acerca dos fenômenos da família (Hanson & Kaakinen, 2005). Das abordagens sociais desenvolvidas, realça-se a estrutural-funcional, dos sistemas, interativa e de desenvolvimento (Hitchcock, shubert, & Tomas, 2003; Hanson & Kaakinen, 2005).

Na **teoria estrutural-funcional**, a família é vista como um sistema social aberto, sendo analisada a interação entre a família e o seu ambiente externo, no seu macrosistema (Friedman, 1998). É uma abordagem abrangente que vê as famílias dentro de um contexto mais vasto da comunidade. O principal objetivo é considerar a família dentro da estrutura global da sociedade, e ver de que forma os padrões familiares se adaptam às instituições (Hanson & Kaakinen, 2005). A abordagem estruturo-funcional tem um enfoque mais estático da família do que as outras teorias, cuja abordagem se fundamenta mais nas alterações de cada família ao longo do tempo (Teixeira, 2009).

A **Teoria geral dos sistemas**, introduzida em 1936 por Von Bertalanffy, tem sido aplicada pelos profissionais de saúde para a compreensão das famílias (Wright & Leahey, 2009). A abordagem sistémica foi influenciada pela física e biologia, onde cada sistema é composto por um conjunto de elementos, sendo diferente de acordo com o ambiente em que existe (Kaakinen & Birenbaum, 2011). A importação desta teoria para a compreensão das famílias tem sido das mais influentes, assumindo que os sistemas familiares são maiores do que a soma das suas partes (Kaakinen & Hanson, 2010).

A abordagem **interativa** ou interacionismo simbólico retrata a ação do ser humano na relação com o mundo, focaliza a natureza da interação, a dinâmica social entre as pessoas influenciada pelo pragmatismo filosófico e behaviorismo (Lopes & Jorge, 2005). Esta abordagem tem sido utilizada com sucesso na Enfermagem por se tratar de uma teoria em que o significado é o conceito central, onde as ações individuais e coletivas são construídas a partir da interação entre as pessoas (Lopes & Jorge, 2005).

A abordagem interativa vê a família como uma unidade composta por personalidades interativas e analisa a dinâmica interna familiar, incluindo processos de comunicação, papéis, tomada de decisão, resolução de problemas e padrões de socialização (Hanson & Kaakinen, 2005).

Compreender a experiência de interação da família permitiu avanços teóricos sobre a interação e os fenómenos de intervenção. Estes resultados contribuem particularmente para uma compreensão mais ampla dos conceitos envolvidos na abordagem de cuidado centrado na família (Silveiral & Angelo, 2006).

*“A interpretação da vida familiar encontra uma boa ferramenta **na teoria do desenvolvimento familiar**, pois dá uma perspetiva das alterações que ocorrem ao longo do tempo na família (Teixeira, 2009, p. 44).”* O significado sociológico de desenvolvimento está focado na travessia normal de eventos familiares sucessivos e esperados (White & Klein, 2002). O carácter desenvolvimentista desta abordagem reside especificamente na identificação de uma sequência previsível de transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas; a essa sequência dá-se o nome de ciclo vital, conceito-chave desta abordagem. As tarefas representam uma sequência previsível de transformações, diferenciando fases e etapas, assemelhando-se a uma “carreira familiar” (Relvas, 2006). A teoria do desenvolvimento permite aos enfermeiros avaliar o estágio de desenvolvimento da família, as tarefas associadas e problemas que poderão coexistir, apresentando como desvantagem ter sido desenvolvida quando a família tradicional nuclear era norma (Kaakinen & Hanson, 2010).

Friedman (1998) salientou, a introdução de novas estruturas familiares, onde o conceito de carreira familiar associada à família nuclear intacta é obviamente limitada na sua aplicabilidade, tendo introduzido as famílias de divorciados, de padrastos, uniões de facto (Friedman, 1998). No entanto, conforme refere Relvas, a conceptualização do ciclo vital da família será sempre um contributo importante para avaliação e intervenção na família, devendo ser utilizado evitando a normalização e espartilhamento (Relvas, 2006).

As teorias sociais são um contributo importante para o trabalho com as famílias, para a compreensão do funcionamento das famílias, à sua

interação entre o ambiente e a família, às interações dentro da família, às mudanças da família ao longo do tempo e às reações da família à saúde e à doença (Kaakinen & Birenbaum, 2011).

O contributo das teorias sobre terapias familiares, mais desenvolvidas nos últimos anos, também tem tido um papel importante para o pensamento da família em enfermagem. Ao contrário das teorias das ciências sociais da família, os modelos da terapia familiar são orientados para a prática clínica, com enfoque para a patologia familiar (Hanson & Kaakinen, 2005).

A terapia familiar como um método distinto da psicoterapia surgiu a partir do início de 1960. O desenvolvimento histórico da terapia familiar revela inicialmente um desafio para o movimento do indivíduo autónomo com os conceitos de sistemas baseados na relação do “self”, sendo os modelos mais contemporâneos fundamentados no movimento do “self” narrativo (Rasheed, Rasheed, & Marley, 2011).

A primeira geração de terapia familiar foi influenciada pela teoria dos sistemas denominada de **teoria da terapia familiar dos sistemas**, inicialmente proposta por Bowen (1978) desenvolvida por Freeman (1992) (Hanson & Kaakinen, 2005).

Bowen (1978) foi um dos pioneiros da terapia familiar, baseou sua teoria de terapia familiar em seu estudo clínico precoce da esquizofrenia. Ele observava as famílias como sistemas naturais abertos, com entrada e saída de novos elementos ao longo do tempo, alterando assim, os limites da família. Portanto, na sua maioria, as famílias são compreendidas a partir de uma perspetiva intergeracional de relações recíprocas entrelaçadas, e repetitivas (Rasheed, Rasheed, & Marley, 2011). Entre as contribuições duradouras de Bowen situa-se o conceito de diferenciação do “self” (Kaslow, 2010). Seu objetivo era ajudar as pessoas a manter o “self” diferenciado na presença de membros da família. Enviava os clientes para uma viagem à família de origem, preocupando-se pela forma como os problemas familiares são transferidos de geração em geração (Schwartz, 2004). Realça-se a

importância do passado no presente, ajudando a família a construir um genograma multigeracional (Hanson & Kaakinen, 2005).

A **terapia familiar estrutural** foi desenvolvida por Minuchin e seus associados (Hanson & Kaakinen, 2005). A família é vista como um sistema social cultural aberto, continuamente confrontado com exigências para mudar, tanto de dentro, como de fora da família (Kaakinen & Hanson, 2010). *“Salvador Minuchin afirmou que as pessoas são basicamente competentes, mas que essa competência é reprimida pela estrutura familiar. Para liberar essa competência, mude a estrutura (Schwartz, 2004, p. 6)”*. Nesta perspectiva, o terapeuta une-se à família, com o objetivo de mudar a organização familiar, de tal forma que as experiências dos membros da família se modificam. Esta abordagem, focada no presente, é orientada para a ação e centrada no problema (Minuchin, 1982).

A prática comunicativa / **interativa** foi um modelo desenvolvido e avançado por Carl Whitaker, Jay Haley, Virginia Satir, e do Grupo de Milão, baseado no interacionismo simbólico, enfatizando o processo comunicativo e interativo que ocorre entre a família individual e membros e subsistemas dentro da família (Rasheed, Rasheed, & Marley, 2011).

O interesse inicial recaiu sobre a metacomunicação, ou seja, a mensagem sobre a mensagem, a intenção por detrás, o conteúdo (Kaslow, 2010). *“A ênfase é colocada no aqui e agora e não no passado. A pergunta-chave é “o que está a ser processado” e não o “porquê”. Esta abordagem baseia-se nas regras fundamentais da comunicação (Hanson & Kaakinen, 2005, p. 53).”*

Uma pessoa não consegue não comunicar: a comunicação interpessoal ocorre a vários níveis, incluindo o verbal e o não-verbal. Numa tentativa de evitar a comunicação, por exemplo, através do silêncio, há comunicação de intenções e sentimentos (Kaslow, 2010). Este movimento gerou um estilo de entrevistar denominado “questionamento Circular” (Schwartz, 2004).

Uma influência mais recente no campo da terapia familiar foi o trabalho desenvolvido por White, em que substitui o pensamento dos sistemas pela metáfora narrativa (Schwartz, 2004). Michael White, fundador da **terapia narrativa**, consubstancia o seu trabalho num conjunto de várias influências: teoria geral dos sistemas, cibernética, teoria literária, antropologia, psicologia não estruturalista e filosofia pós-estruturalista (Rasheed, Rasheed, & Marley, 2011). Esta abordagem acredita que damos sentidos à nossa vida “Historiando” nossas vidas, e essas histórias, por sua vez, podem afetar significativamente a forma como vivemos o presente, Ele encoraja a eliminar as linhas negativas da história e, assim, reescrever uma nova história (Aloi, 2009), através de três principais técnicas narrativas: a desconstrução, a externalização e a recriação (Rasheed, Rasheed, & Marley, 2011).

As abordagens descritas anteriormente são úteis para avaliação e intervenção na família. *“A integração de teorias permite que os enfermeiros vejam as famílias, a partir de uma variedade de perspectivas que aumentam a probabilidade das intervenções selecionadas serem implementadas pela família, porque se “encaixam” na estrutura, processo, e estilo de funcionamento daquela família (Hanson & Kaakinen, 2005, p. 57).”*

A conceptualização e operacionalização de um modelo de enfermagem à família são importantes para uma correta avaliação e intervenção familiar. “Ao utilizar um processo sistemático, as áreas problemáticas da família são identificadas e as forças familiares são realçadas como ponto de partida para as intervenções (Kaakinen & Birenbaum, 2011, p. 594).” Diversos estudiosos de enfermagem desenvolveram uma abordagem teórica integrando algumas das teorias apresentadas anteriormente, sendo de seguida evidenciados alguns destes trabalhos.

O modelo de avaliação da intervenção familiar e inventário das forças de pressão do sistema familiar, desenvolvido por Hanson e Berkley (1991) e Hanson e Mische (1996), que fundiram a teoria geral dos sistemas e o modelo de sistemas de Newman (Hanson & Kaakinen, 2005).

As famílias são vistas como um sistema dinâmico, aberto, em interação com o ambiente. Uma das funções do enfermeiro é ajudar a minimizar as ameaças ao sistema familiar e proteger a família como um todo (Kaakinen & Hanson, 2010).

As famílias têm níveis de resistência que protegem a estrutura básica da família, a reação da família vai depender da profundidade com que o stressor penetra na unidade familiar. Esta abordagem mede dimensões muito específicas e dão uma perspectiva microscópica da família (Kaakinen & Birenbaum, 2011).

O enfermeiro tem de ajudar a família a encontrar os agentes stressores e as forças da família, e em conjunto, planejar intervenções que vão ao encontro das necessidades da família (Kaakinen & Hanson, 2010).

Friedemann desenvolveu uma teoria do funcionamento familiar, no âmbito da organização sistémica, e um instrumento de avaliação das estratégias com base nesta teoria. O instrumento é breve e pretende exibir o funcionamento das famílias. A família é considerada o grupo mais importante a que os indivíduos pertencem (Stedt-Kurkja, Friedemann, Paavilainen, Tammentie, & Paunonen-Ilmonen, 2001).

O modelo de Friedman de apreciação da família (1998) combinou a teoria geral dos sistemas, a teoria do desenvolvimento e a teoria estrutural-funcional num instrumento de avaliação que dá uma visão macroscópica das famílias (Hanson & Kaakinen, 2005). Esta abordagem é importante porque capacita para a apreciação da família como um todo, e proporciona orientações para a entrevista de modo a obter uma visão global do que está a acontecer na família (Kaakinen & Birenbaum, 2011).

O modelo de resiliência, stresse, ajustamento e adaptação familiar foi desenvolvido por McCubbin e McCubbin (1993) com o intuito de perceber as respostas da família a situações adversas. Esta abordagem explicita o potencial da família para lidar com situações de crise e ajuda a compreender

os fatores relacionados com o ajustamento e adaptação das famílias a situações de doença, nomeadamente o recurso a estratégias de coping familiar (Peixoto & Martins, 2012). Foram os primeiros estudiosos a debruçarem-se sobre a resiliência na família, tentando perceber quais as famílias que podiam ser designadas por resilientes, partindo do princípio que estas seriam as que se conseguem adaptar mesmo perante situações negativas (Cardoso, 2011).

Este modelo proporciona aos enfermeiros uma forma de facilitar o ajuste e adaptação da família para reagir ao stress, planeando intervenções com maior probabilidade de resultarem (Hanson & Kaakinen, 2005).

As enfermeiras Wright e Leahey (1984, 1994, 2000, 2002, 2009) desenvolveram um modelo de avaliação e outro de intervenção na família denominados de **Modelo Calgary de Avaliação da família (MCAF)** e **Modelo Calgary de Intervenção na Família (MCIF)**, reconhecido pelo Conselho Internacional de Enfermeiros como um dos modelos de referência (Santos, 2012).

O modelo integra a teoria geral dos sistemas, a teoria da comunicação, a teoria da mudança e a cibernética. Foi adaptado a partir do modelo de avaliação de Tomm e Sanders (1983) e foi sendo substancialmente melhorado desde a primeira edição destes livros didáticos em 1984 (Wright & Leahey, 2009).

Também baseado neste modelo, realça-se o **modelo dinâmico de avaliação e intervenção familiar** desenvolvido por Figueiredo (2009). “O *Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar, enquanto referencial sustentador das práticas de cuidados com as famílias foi co-construído e validado pela investigação desenvolvida no contexto dos Cuidados de Saúde Primários, pretendendo dar resposta às necessidades dos enfermeiros portugueses face aos cuidados com as famílias, no desenvolvimento de práticas direccionadas à família, enquanto alvo de cuidados de enfermagem,*

a partir da compreensão dessas mesmas práticas no contexto dos cuidados de saúde primários (Figueiredo, et al., 2012, p. 56)."

Os modelos de enfermagem apresentam áreas comuns e sobreponíveis, sendo determinante que se estabeleçam formas de conceptualizar os cuidados de enfermagem à família. A evolução dos últimos anos evidencia que a enfermagem mostrou querer assumir a família como foco dos seus cuidados. Este movimento de integração das famílias nos cuidados de enfermagem conta com vários marcos históricos nomeadamente, nos últimos 20 anos:

- 1988- I Conferência Internacional de Enfermagem de Família em Calgary no Canadá
- 1995- Criação do Journal of Family Nursing
- 2000- Segunda Conferência Ministerial da OMS para Enfermagem e Obstetrícia na Europa, Munique, Alemanha, 15-17 junho 2000 (WHO, 2000)
- 2000- Conferência da ordem dos Enfermeiros – A cada Família o seu Enfermeiro
- 2002- Publicação do livro “A cada Família o seu enfermeiro” (OE, 2002)
- 2010- Regulamento das Competências Específicas do Enfermeiro Especialista em Enfermagem de Saúde Familiar (OE, 2010)

O enfoque na família, tal como a concebemos hoje, não é muito antiga, como podemos verificar nos seus marcos históricos, onde alguns teóricos têm distinguido diferentes níveis desta abordagem. A atuação de enfermagem poderá centra-se no indivíduo no contexto da família, ou concentrar-se na família, contextualizando o indivíduo como contexto. No entanto, há uma tendência emergente de sistemas de cuidado familiar, onde a família é a unidade de cuidados (Wright & Leahey, 1990). (Figura 2)

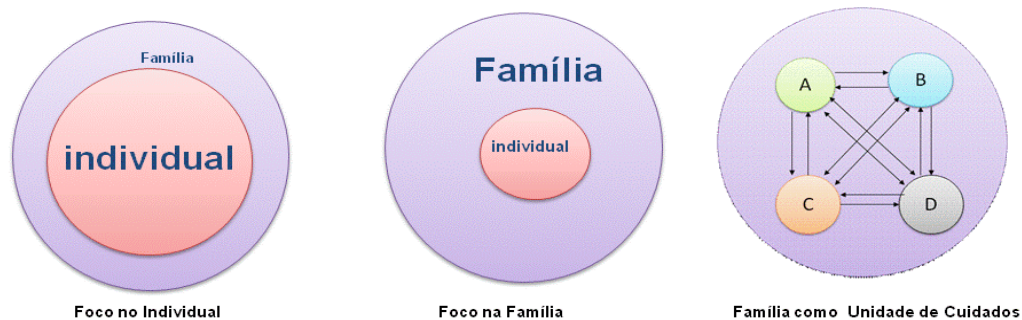


Figura 2: Níveis de intervenção na família (Wright e Leahey 1990, p.149)

Hanson (2005) apresenta-nos quatro abordagens à família: a família como contexto do desenvolvimento individual, a família como cliente, a família como sistema, e a família como componente da sociedade.

Ainda são visíveis constrangimentos nesta mudança de paradigma. Apesar da grande quantidade de literatura disponível sobre as famílias, ainda é pouco visível nos currículos de enfermagem da última década. Além disso, tem havido uma falta de modelos válidos e confiáveis para a avaliação e intervenção familiar. Acresce ainda o facto de os Enfermeiros ainda acreditarem que o estudo da família faz parte do senso comum. Por outro lado, a enfermagem tem fortes laços históricos com o modelo biomédico, centrando-se tradicionalmente no indivíduo como cliente, sendo a família observada, na melhor das hipóteses, como contexto. Exemplo disso são os horários das visitas e das rotinas nos cuidados de saúde, assim como os registos orientados apenas para o indivíduo (Kaakinen & Hanson, 2010).

Conforme espelhado ao longo destas últimas páginas, são notáveis os avanços na integração da família no pensamento da enfermagem. No capítulo que se segue, será enquadrado este fenómeno à luz do contexto hospitalar.

1.1. A Família no hospital

O hospital, tal como a enfermagem, foi pautado por influências religiosas, políticas e sociais ao longo dos tempos, indo ao encontro de uma história comum. A função do hospital, de assistência a pobres e mendigos, lentamente foi sendo substituída por uma função diagnóstica, de tratamento, e reabilitação, assumindo uma importância crescente no sistema de saúde (Fernandes, 2007).

O hospital constitui um sector estratégico da prestação de cuidados de saúde. Trata-se de um estabelecimento de saúde de elevada diferenciação, constituído por meios tecnológicos e humanos, cujo objetivo nuclear é a prestação de cuidados de saúde durante 24 horas por dia, desenvolvendo a sua atividade através do diagnóstico, da terapêutica e da reabilitação em regime de internamento ou de ambulatório (Ministério da Saúde, 1998).

Para além de oferecer cuidados de saúde à população, outras funções são atribuídas ao hospital, como é o caso do ensino (Colliére, 1999; Hesbeen, 2000; Cardoso, 2002; Serra, 2005) e investigação (Hesbeen, 2000; Serra, 2005). Hoje o hospital constitui uma organização bastante complexa, cujo estudo revela uma malha de relações e interdependências onde se movem diferentes interesses (Carapinheiro, 1993; Reis & Falcão, 2003; Serra, 2005). Apresenta-se como uma empresa hierarquizada, centralizada, do tipo tayloriano, onde o que importa é produzir o máximo de utilidades no mínimo intervalo de tempo, com o mínimo de recursos, a um ritmo padronizado (Silva, 2006).

A reestruturação dos cuidados de saúde, com ênfase na rentabilização e utilidade dos recursos, tem procurado a eficácia e eficiência dos seus serviços. O hospital é pensado progressivamente como empresa e torna-se a peça central do complexo médico-industrial, atravessado por interesses

conflitantes (Bernardes, Cecilio, Nakao, & Évora, 2007). A atual reforma do sistema de saúde tem promovido a procura de alternativas ao internamento, transferindo para os domicílios parte significativa dos cuidados que até à data eram prestados pelas instituições hospitalares, e assim se vai transferindo todo o tipo de cuidados para as famílias (Monteiro, 2009).

Nos contratos-programa hospitalares celebrados com estas instituições embora seja referida a necessidade de melhorar a interligação e articulação com os prestadores de cuidados de saúde primários e de cuidados continuados, onde também deveriam ser integradas as famílias, é sobrevalorizada a adequação da resposta hospitalar, pela redução da demora média de internamento (ACSS, 2014). É incentivada a concretização de indicadores rígidos num incremento contínuo do ambulatório ou nas altas precoces, nos mais diversos contextos da rede hospitalar.

Apesar do cliente ser referido como a figura central do hospital, o intenso desenvolvimento tecnológico, com potencial atenuação da interação humana, tende para a possível despersonalização dos cuidados, onde os utilizadores vão tendo uma voz pouco decisiva (Reis & Falcão, 2003). Em tais circunstâncias a pessoa, já afastada do seu meio familiar, é também tratada como se não possui-se família.

A família, quando envolvida nos cuidados a dispensar a um dos seus membros, surge como fonte de suporte pós-alta. São constituídos prestadores forçados de cuidados, transformando-se em recurso de saúde não remunerado (Monteiro, 2009). A relação constituída nos cuidados de enfermagem com a família é estabelecida entre os seus diferentes elementos, individualmente, e não com a família como um todo (Monteiro, 2010).

O hospital caracteriza-se pela coexistência de uma ampla diversidade de públicos, internos e externos, marcados pelos interesses profissionais em prol de um fenómeno denominado urgência, onde o utilizador final é isolado

e onde se espera um conjunto rígido de comportamentos definidos e condizentes com o papel de doente (Serra, 2005).

“A hospitalização é uma experiência assustadora para todas as idades e gera sentimentos de isolamento, solidão e ansiedade. O medo da doença, um ambiente estranho e impessoal, o peso institucional, os procedimentos, entre outros são fatores geradores de stress (Cabete, 2005, p. 18).” O internamento hospitalar pode constituir, em alguns casos, uma primeira experiência, ou, para outros, mais uma visita marcada pela doença, nascimento ou morte. *“A própria ida à urgência pode, de forma latente, alimentar o medo e a possibilidade de internamento (Serra, 2005, p. 52).”*

No entanto, qualquer dos casos constitui uma experiência única, com vivências associadas a um processo de crise. *“As crises correspondem a uma situação em que está perturbada a adaptação e o equilíbrio interno ou externo de um sistema ou de um indivíduo (Alarcão, 2000, p. 342).”* Tais situações, como nos refere Meleis, são decorrentes de processos de transição, quer sejam decorrentes do desenvolvimento, quer de saúde/doença (Meleis, 2010).

A hospitalização de um membro da família desencadeia um desequilíbrio, mudanças na rotina familiar, o abandono do trabalho, das atividades sociais e de lazer, o afastamento de amigos e familiares e a redistribuição de papéis no meio familiar, com consequente impacte económico, social e emocional (Dibai & Cade, 2009). A teoria sistémica permite explicitar o impacte que o internamento hospitalar terá na família, onde a mudança num dos membros do sistema familiar produz modificações nos restantes membros (Wright & Leahey, 2009). *“A forma como cada família se reorganiza e se adapta às circunstâncias é única (Monteiro, 2010, p. 176)”*, e é perante esta realidade de unicidade que os enfermeiros têm de ser preparados para intervir.

Se é descrito que o doente assume um papel secundário em contexto hospitalar (Carapinheiro, 1993; Hesbeen, 2000 ; Serra, 2005; Cabete, 2005), esta realidade assume particularidades bem mais complexas quando se

transpõe para uma abordagem à família. Com efeito, nos serviços de internamento dos nossos hospitais, ainda se verificam ambientes de rotinas, impostas por horários rígidos, onde a família é tantas vezes esquecida ou ignorada (Nogueira, 2003). As famílias ficam, assim, excluídas, não só do envolvimento nos tratamentos dos seus familiares doentes, como de momentos cruciais do ciclo de vida familiar (Barbieri, 2004).

A abertura dos hospitais às famílias tem evoluído nos últimos anos. *“Observa-se, nas últimas décadas, maior preocupação da equipe de saúde com a humanização da assistência e facilitação do acesso de familiares ao cuidado a seus parentes no ambiente hospitalar (Dibai & Cade, 2009, p. 86).”* Reportando-nos no tempo, concluiremos que a conjuntura política, social, económica e a própria evolução científica, foram determinando a integração das famílias nos hospitais. O hospital, inicialmente local de alojamento e acolhimento dos pobres, dos desfavorecidos, dos sem-abrigo (Collière, 1999), era até ao início do século XX, considerado um local perigoso, em consequência do perigo de contaminação cruzada de doenças (Cabral, Silva, & Mendes, 2002). A hospitalização era associada à morte, *“Numa altura em que a principal preocupação dos homens girava em torno da salvação, aqui se ofereciam serviços para sarar as feridas do corpo, mas ao mesmo tempo se cuidava de curar a alma, preparando-a para o momento de passagem (Araújo, 2009).”* Pelo que, os cuidados de saúde eram fornecidos preferencialmente em casa e pela família.

Após a Primeira Guerra Mundial, os cuidados de saúde apresentaram algumas mudanças significativas, nomeadamente a utilização de vacinas, a melhoria das técnicas de desinfeção e esterilização, a descoberta dos antibióticos, anunciando uma nova temporada de cuidados de saúde, a transferência dos cuidados de saúde da casa para o hospital (Bellou & Gerogianni, 2007).

A partir de 1946 e até ao início dos anos 60, o hospital foi considerado a peça central do sistema, época marcada pelo “Hospitalocentrismo” (Campos, 1984).

Analisando a história do país à luz da presença das famílias nos hospitais, observa-se uma evolução significativa a este nível. Nesta época, as visitas dos familiares eram apenas permitidas com a autorização do diretor de cada hospital. Em seguida, as visitas foram sendo permitidas apenas uma vez por semana. Alguns anos mais tarde, as visitas aumentaram, chegando a três vezes por semana. A responsabilidade pelo controlo do horário de visita era atribuído à equipa médica e de enfermagem, que costumava conceder à família permissão para uma visita, de acordo com a gravidade e situação clínica do doente. Salienta-se que o horário de visitas em crianças hospitalizadas foi o primeiro a ser aplicado. As mudanças sociais que aconteceram durante as décadas de 1950 e 1960, afetaram consideravelmente os já existentes regulamentos sobre horários de visita. As decisões das administrações hospitalares foram disputadas. Em seguida, foi crescendo um movimento para a proteção do consumidor, o que resultou na mudança de regulamentos (Bellou & Gerogianni, 2007).

Ao realizar pesquisa sobre esta temática no contexto português, são encontrados registos que vão ao encontro destas informações, nomeadamente o pagamento de taxa para a visita de familiares (Portugal, Decreto nº 45664, 1964).

Em 1997, é contemplado o Direito de acompanhamento familiar à pessoa com deficiência hospitalizado, sendo este possível pelo familiar ascendente, descendente, do cônjuge ou equiparado, exercendo-se, em regra, durante o dia. Apenas, nos casos em que haja doença grave com risco de vida, os acompanhantes poderão ser autorizados a permanecer junto do deficiente hospitalizado durante o período noturno (Portugal, Lei nº 108/97, 1997).

No ano 2000, a Direção Geral de Saúde emana uma circular normativa, referente às visitas e ao acompanhamento familiar a doentes internados, onde se salienta que as visitas devem ser gratuitas, num horário alargado, com integração de, pelo menos, dois períodos (DGS, 2000).

Em 2009, é decretado o direito de acompanhamento dos utentes dos serviços de urgência do Serviço Nacional de Saúde, onde é reconhecido que todo o cidadão admitido num serviço de urgência tem direito a ser acompanhado por uma pessoa por si indicada, devendo ser informado desse direito na admissão pelo serviço (Portugal, Lei nº 33/2009, 2009).

No mesmo ano, é estabelecido o regime do acompanhamento familiar de crianças, pessoas com deficiência, pessoas em situação de dependência e pessoas com doença incurável em estado avançado e em estado final de vida, internadas em hospital ou unidade de saúde (Portugal, Lei nº 106/2009, 2009).

Bellou & Gerogianni (2007) descrevem, ter existido alguma resistência por parte dos profissionais de saúde, nomeadamente dos enfermeiros, aquando da introdução dos horários alargados de visitas.

Dos dados apresentados, são notórias as alterações ao longo das últimas décadas, que evidenciam a preocupação de regular e permitir a integração progressiva da família nos cuidados, primeiro com a criança, depois com a grávida, e só mais recentemente, com o adulto internado, o que não se tem traduzido nos cuidados.

Apesar da evolução na regulamentação das visitas das famílias, mormente no desenvolvimento teórico sobre família, os cuidados de enfermagem continuam dirigidos ao indivíduo sem considerar o seu contexto familiar, alicerçados num modelo biomédico (Freitas, 2009; Wright & Leahey, 2009; Martins, et al., 2010; Oliveira P. , et al., 2011). Na prática os enfermeiros ainda se centram em cuidados individuais, o que não significa que não considerem a família, mas apenas um membro da família “O prestador de Cuidados Informal” (Saveman, Mahlen, & Benzein, 2005).

Embora, quando observadas as atitudes dos enfermeiros em relação à família em contexto hospitalar, aquilo que se visualiza sejam maioritariamente atitudes de suporte, como um recurso aos cuidados de

enfermagem (Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008; Oliveira P. , et al., 2011). Os cuidados à família surgem como um recurso para a desospitalização, *“Se, por um lado, se aguarda que, as pessoas sem preparação prévia executem cuidados que seriam remunerados e da responsabilidade dos profissionais em meio hospitalar, o que concretiza a banalização dos cuidados, por outro lado, esses mesmos profissionais não aceitam que as famílias recorram a “profanos” (não profissionais) que lhes administram, por exemplo, terapêuticas intramusculares ou que, aqueles que foram ensinados por profissionais reproduzam com pessoas exteriores à sua família (Monteiro, 2009, p. 423).”*

Os estudos realizados sobre as atitudes dos enfermeiros face às famílias comprovam a dicotomia entre os seus discursos, enfatizando os cuidados centrados na família, mas as práticas continuam centradas nos indivíduos (El-Masri & Fox-Wasylyshyn, 2007; Fisher, et al., 2008; Benzein, Johnsson, Arestedt, & Saveman, 2008). As intervenções nas famílias são até mais deficientes em ambientes hospitalares, particularmente em unidades de cuidados críticos (Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008; Wright & Leahey, 2009). Num estudo realizado sobre Família em contexto hospitalar, Monteiro (2010) considerou a abordagem à família, enquanto *Cliente*, como algo utópico no contexto em estudo, dada a reduzida intervenção dos enfermeiros na família.

A família não deve ser apenas vista como um recurso no contexto de cuidados, mas sim um alvo de cuidados. Deve assumir um papel significativo no contexto hospitalar, nomeadamente no tocante aos adultos, aos idosos, às crianças e à mulher grávida. Para Ângelo (2000), a família deve ser parte integrante da intervenção em saúde em todas as fases da doença e em todos os contextos de assistência, independentemente do grupo etário da pessoa doente, o que aponta para a relevância da relação entre o cuidado ao indivíduo e o contexto familiar, como um fator indispensável para o cuidado integral da pessoa doente.

“É, na nossa opinião, fulcral que os cuidados de enfermagem sejam centrados na família, prestados em parceria com esta, o que obriga a algumas mudanças de atitude por parte dos enfermeiros, a uma alteração das políticas e da filosofia da instituição e até das próprias unidades de saúde (Monteiro, 2010, p. 178).”

Pretendeu-se evidenciar, ao longo das últimas páginas, que, apesar da evolução das políticas e das filosofias das unidades de saúde, no que se refere à abertura para a presença das famílias, estas não se têm traduzido nos cuidados de enfermagem. A intervenção nas famílias é uma visão do mundo, que necessita de uma mudança, de um pensamento linear para um pensamento sistémico (Hanson, 2005; Wright & Leahey, 2009; Figueiredo, 2009).

1.2. Um Modelo para o Foco na Família em contexto Hospitalar

No âmbito das competências de cuidados gerais atribuídas aos enfermeiros é descrito: *“As intervenções de enfermagem são frequentemente otimizadas, se toda a unidade familiar for tomada por alvo do processo de cuidados (...) (Ordem dos Enfermeiros, 2003, p.5) ”*; aquilo que ainda se verifica no contexto hospitalar é que, na maior parte das vezes, a família circunda exteriormente ao processo de cuidados, e, muitas vezes, é impedida de contribuir para os cuidados ao seu familiar internado.

A formação dos profissionais incide essencialmente sobre a prática de cuidados de enfermagem individuais. Todos aprendemos sobre famílias ao fazermos parte de uma, porém, com base nesta abordagem, os profissionais de saúde trabalham unicamente na dependência da sua própria experiência, tendo uma visão egocêntrica das famílias (Hanson, 2005). A mesma autora salienta a importância de os enfermeiros utilizarem uma abordagem lógica e sistemática, quando estão a trabalhar com famílias.

Este capítulo descreve e realça a utilização do Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) publicado pela primeira vez em 1984, e o Modelo de Calgary de Intervenção na Família (MCIF) publicado em 1994. A sua divulgação a nível internacional, conta com as suas edições no *Nurses and Families: A “guide to family Assesment and Intervention”*, traduzido em francês, japonês, coreano, português e sueco (Wright & Leahey, 2009). A nível nacional, como nos refere Figueiredo (2009), constata-se a sua inclusão em diversas instituições no curso de licenciatura em enfermagem.

A ampla divulgação destes modelos é visível no ensino, nas práticas e na investigação. A investigação evidencia aplicação destes modelos em contexto hospitalar (Simpson, Yeung, Kwan, & Wah, 2006; Santos, 2006; Pettengill & Angelo, 2006; Svavardottir, 2008; Montefusco, Bachion, & Nakatani, 2008; Svarvarsdottir, Tryggvadottir, & Sigurdardottir, 2012).

Wright & Leahey (2009), nos trabalhos desenvolvidos, permitem oferecer às enfermeiras um sólido fundamento teórico para a intervenção e avaliação na família, proporcionando modelos claros, orientando para as competências a desenvolver durante as entrevistas, descrevendo exemplos concretos e evidenciando o impacte das intervenções na família.

Os modelos da prática de enfermagem são elaborados com base em diferentes teorias, crenças, premissas e hipóteses. Para entender o MCAF (Modelo de Calgary de Avaliação da Familiar) e MCIF (Modelo de Calgary de Intervenção Familiar) é importante conhecer as hipóteses teóricas subjacentes a estes modelos (Wright & Leahey, 2009). Eles têm por base alguns fundamentos teóricos e visões do mundo, nomeadamente o pós-modernismo, a biologia da cognição e a teoria geral dos sistemas; a cibernética; a teoria da comunicação e a teoria da mudança.

O **pós-modernismo** propõe o fim de uma única visão do mundo, sendo o pluralismo o foco-chave. Na abordagem à família, deve reconhecer-se que “ (...) *Existem tantos caminhos para entender e experimentar a doença,*

quanto existem, famílias tendo a experiência de doença (Wright & Leahey, 2009, p. 20).”

Maturana e Varela (1992) apresentam uma nova visão da **biologia da cognição**, que teve implicações sobre o modelo apresentado por estas autoras, onde afirmam que a única visão do mundo que os seres humanos podem ter é aquele que criamos juntos através das ações da nossa convivência. Nós produzimos nossas realidades pela interação com o mundo, conosco e com os outros (Wright & Leahey, 2009). O mundo que cada um vê não é um mundo, mas o mundo que nós criamos juntamente com os outros (Maturana & Varela, 1992).

Tendo por base a analogia do móbile, as autoras estabelecem conceitos úteis baseados na **teoria geral dos sistemas**. Um sistema familiar é parte de um suprassistema mais amplo e, por sua vez, é composto de muitos subsistemas (Wright & Leahey, 2009). A hierarquização sistêmica pressupõe que cada elemento da família pode participar em diversos sistemas e subsistemas, ocupando em simultâneo diversos papéis em diferentes contextos.

Distinguem-se na família vários subsistemas: o individual, o parental, o conjugal e o fraternal (Relvas, 2006). Por outro lado, a família é vista como um todo, sendo maior do que a soma das partes (Wright & Leahey, 2009). “*A parte é todo, o todo é a parte e está contido nas partes...* (Relvas, 2006, p. 15).”

A mudança em um membro da família afeta todos na família, sendo, contudo, a família capaz de gerar um equilíbrio entre mudança e estabilidade. Os comportamentos dos membros da família são mais bem compreendidos sob um ponto de vista de uma causalidade circular e não linear (Wright & Leahey, 2009).

A cibernética demonstra a capacidade de autorregulação dos sistemas familiares. “*O exemplo clássico utilizado (...) foi o de termóstato. Regulado*

para uma determinada temperatura, ele repõe a temperatura prevista todas as vezes que as condições térmicas do meio ambiente se modificam (Alarcão, 2000, p. 14). Os processos de “Feedback” podem acontecer simultaneamente nos vários níveis de sistemas (Wright & Leahey, 1990).

“A comunicação é um processo social que integra múltiplos modos de comportamento (tais como a palavra, o gesto, a mímica, o olhar), as mensagens só têm sentido quando compreendidas no contexto em que ocorrem (Alarcão, 2000, p. 64).” A incorporação da teoria da comunicação integra os seguintes conceitos: toda a comunicação não-verbal tem significado, existem dois grandes canais de transmissão, digital e analógico; uma relação tem vários graus de simetria e complementaridade e toda a comunicação tem dois níveis: conteúdo e relacionamento (Wright & Leahey, 2009).

As intervenções de enfermagem têm como foco principal ajudar as famílias a mudar, sendo, por isso, a **teoria da mudança** um conceito importante nestes modelos (Hanson, 2005). A mudança depende da percepção do problema. *“O nome é diferente da coisa nomeada e a descrição é diferente daquilo que é descrito* (Wright & Leahey, 2009, p. 33).” A mudança não é determinada pela compreensão. A mesma depende da estrutura, do contexto, dos objetivos do tratamento desenvolvido em conjunto, ou seja, pode ter uma infinidade de causas, não ocorrendo de forma igual em todos os membros da família, sendo responsabilidade da enfermeira facilitar a mudança (Hanson, 2005).

O Modelo de Calgary de Avaliação da Família (MCAF) é uma estrutura multidimensional composta por três categorias principais: estrutural, de desenvolvimento, funcional. Cada categoria contém ainda várias subcategorias, formando um diagrama ramificado. (Diagrama 1) *“É importante que cada enfermeira decida quais as subcategorias mais relevantes e apropriadas para exploração e avaliação junto a cada família e acda momento no tempo* (Wright & Leahey, 2009, p. 45).”

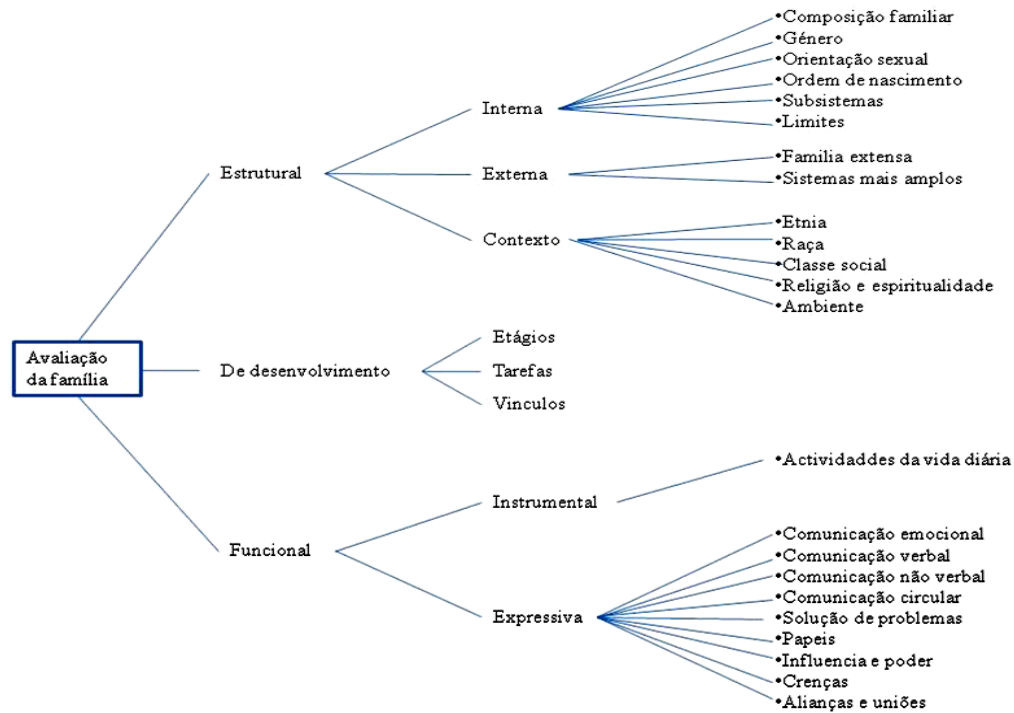


Diagrama 1: Diagrama de MCAF Wright & Leahey, 2009, p. 46

A **estrutura** familiar é “o conjunto invisível de exigências funcionais que organiza as maneiras pelas quais os membros da família interagem (Minuchin, 1982, p. 57).” Para avaliar uma família, é necessário que a enfermeira conheça a sua estrutura interna, externa e o seu contexto.

“A avaliação **estrutural interna** permite reunir todo um conjunto de informação referente à composição familiar, género, orientação sexual, ordem de nascimento, subsistemas e limites da família (Araújo, 2009, p. 67).” Neste âmbito, algumas perguntas podem ser feitas à família. Quem faz parte desta família? Quem a família considera como família? Quais os efeitos das ideias dos seus pais sobre a masculinidade e feminilidade?” O que pensa sobre homossexualidade? Quantos filhos têm? Quem é o mais velho? Como se agrupam as pessoas na sua família? Quem você procuraria se sentisse feliz? E Triste? (Wright & Leahey, 2009).

A **estrutura externa** inclui a família alargada e os sistemas mais amplos (Hanson, 2005). O primeiro item refere-se à influência da família extensa no funcionamento da família. (Figueiredo, 2009). Neste âmbito, podem ser

colocadas as seguintes questões: Quais são os seus familiares mais próximos? Tem contacto com eles? Com que frequência? Como se estabelece esse contacto (telefone, visitas)? Há algum elemento na família que lhes cause stresse? A avaliação do contacto com a família extensa orienta os profissionais para a qualidade e quantidade de apoio (Araújo, 2009).

Os sistemas mais amplos realçam as relações significativas que a família estabelece com os suprassistemas com que interage, nomeadamente sistemas de trabalho, sistemas sociais, sistemas de saúde, etc. (Figueiredo, 2009).

O **contexto** é explicado como a situação total, ou seja, o todo que rodeia a família e a sua influência, classe, vizinhos, região, país, etc. Distinguem-se cinco subcategorias: a etnia, a raça, a classe social, espiritualidade e/ou religião e ambiente (Wright & Leahey, 2009). Refere-se à compreensão da família, a partir das crenças familiares, dos padrões culturais, da classe social, da religião e da espiritualidade e da compreensão da sua importância na promoção de estilos de vida e nas representações sobre os processos de saúde e doença (Figueiredo, 2009).

Nesta subcategoria podem ser colocadas as seguintes questões: Pode falar-me sobre as práticas ciganas referentes à doença? Que diferenças há entre o modo de você criar os filhos e os outros? A sua situação financeira influencia de algum modo a utilização dos recursos de saúde? Suas crenças religiosas são um apoio? Quais os serviços comunitários que sua família utiliza? (Wright & Leahey, 2009).

Os instrumentos recomendados para avaliar a estrutura são o genograma e o ecomapa (Hanson, 2005). *“O genograma e o ecomapa são dois instrumentos particularmente úteis a serem utilizados pela enfermeira para delinear as estruturas interna e externas da família”*(Wright & Leahey, 2009, p. 65).”

O **genograma** é um diagrama que ilustra a estrutura e o histórico familiar, tende a seguir gráficos convencionais. Geralmente incluem-se pelo menos três gerações, facilitando a visualização da família de forma rápida e global (Christoffel, Pacheco, & Reis, 2008). Este instrumento é utilizado na área da saúde há muito tempo, Mendel introduziu-o no século XVIII e, posteriormente, em meados da década de 90, seu uso se propagou a outras ciências (Machado, et al., 2005). *“Através deste instrumento, podemos obter uma visão geral da estrutura familiar, as interações existentes entre os membros, laços afetivos, positivos e negativos, bem como padrões de comportamento que se repetem entre as gerações, também identificando os processos biológicos, sociais, emocionais e culturais do indivíduo (Correia & Martins, 2009, p. 17).”*

O **ecomapa** é uma representação visual da unidade familiar, em relação à comunidade, mostra a natureza das relações entre os membros da família e entre eles e o mundo que os rodeia (Hanson, 2005). Representa a visão geral da situação da família, no macro sistema onde está inserida, retratando as relações com instituições educacionais, serviços de saúde, serviços sociais, podendo evidenciar o fluxo de energia ou a falta de recursos das mesmas (Araújo, 2009).

Na categoria de desenvolvimento do MCAF, são abordados os estágios do ciclo vital, o processo emocional de transição, as tarefas associadas a cada estágio e os vínculos (Wright & Leahey, 2009). As autoras do modelo despertam-nos para a utilidade de se distinguir “desenvolvimento da família” e “ciclo vital da família”. O primeiro reporta-se à trajetória exclusiva construída por uma família. Caracteriza-se por crises esperadas, mas nem sempre previsíveis, é um conceito abrangente que inclui todos os processos de evolução transacional associada ao crescimento de uma família (Araújo, 2009). O segundo reporta-se ao percurso transversal previsível de todas as famílias associado a entradas e saídas de elementos (Figueiredo, 2009).

A enfermeira necessita entender o **desenvolvimento** do ciclo vital de cada família. Cada ciclo vital constitui “ (...) uma sequência previsível de

transformações na organização familiar, em função do cumprimento de tarefas bem definidas (Relvas, 2006, p. 16).” Em cada uma destas etapas, a família passa por «crises» próprias do seu desenvolvimento no sentido da evolução, constituindo mudanças com as quais tem de contar, resultantes da evolução do seu ciclo vital.

Não existe um único modelo de desenvolvimento do ciclo vital da família (Wright & Leahey, 2009). Independentemente de algumas variações, a generalidade define entre cinco ou seis etapas do ciclo vital da família. Podendo, conforme citado por Martins (2002), incorporar o nascimento da família nuclear, nascimento dos filhos, adolescência dos filhos, partida dos filhos, morte ou partida de um dos pais e morte da família nuclear (Martins, 2002).

No âmbito da avaliação do desenvolvimento, podem ser colocadas algumas questões: Qual das famílias estava mais a favor do seu casamento? Depois de sair de casa, como ficou o relacionamento com seus pais? Quanto tempo passa com os seus filhos? Quanto tempo dedica ao seu casamento? Como explica as razões do seu divórcio? (Wright & Leahey, 2009).

A terceira área do MCAF é a **avaliação funcional**, que representa a forma como os elementos se comportam uns com os outros. *É o aspeto do aqui e agora na vida da família, observado e apresentado por ela* (Wright & Leahey, 2009, p. 105)”; integrando dois aspetos o funcionamento instrumental e o funcionamento expressivo.

O Funcionamento instrumental refere-se às atividades rotineiras do dia-a-dia, ou seja, às atividades de vida diária, assim como às instrumentais e aos cuidados de saúde. O funcionamento expressivo está fortemente associado às questões instrumentais, integrando nove subcategorias: a comunicação emocional; a comunicação verbal; a comunicação não-verbal; a comunicação circular; a solução de problemas; os papéis; a influência e poder; as crenças; as alianças e uniões (Hanson & Kaakinen, 2005).

Para a avaliação funcional, podem ser colocadas as seguintes questões: Quem cozinha lá em casa? Quem dá banho às crianças? Quem na família tende a iniciar conversas sobre sentimentos? Quando o seu pai está zangado, como o demonstra? Quem da sua família se comunica verbalmente, de forma mais clara e direta? Alguém olha para outro lado quando outros falam? Quem notou inicialmente o problema? Como procederam para o resolver? Quem vocês procuram, quando têm necessidade de conversar? Quando A e B discutem, quem tem maior probabilidade de entrar na discussão? (Wright & Leahey, 2009).

Após a recolha de informação referente à família, é necessário que o enfermeiro tenha capacidade para decidir quais são as subcategorias relevantes para avaliação da família, sob pena de *“no caso de as enfermeiras utilizarem muitas categorias, poderem ser dominadas pelos dados* (Wright & Leahey, 2009, p. 122). Neste contexto, é imperativo que, no final da avaliação, os enfermeiros pensem criticamente sobre os dados obtidos, de modo a poderem identificar as forças e as fragilidades do sistema familiar (Santos, 2012).

É pertinente a existência de linhas orientadoras para a avaliação da família e determinante para o êxito da intervenção na família, pressupostos para o primeiro passo do processo (Teixeira, 2009). A avaliação da família, sendo uma tarefa tão complexa, não acontece apenas num contacto com a família, no entanto, o momento de avaliação pode por si só funcionar como uma intervenção (Santos, 2012).

Associado ao Modelo de Calgary de Avaliação da Família está o **Modelo de Calgary de Intervenção na Família** (MCIF). O MCIF é uma estrutura organizadora para conceptualizar a intersecção entre um domínio particular do funcionamento familiar e intervenção específica proposta pela enfermeira, as intervenções procuram promover melhorias ou sustentar o funcionamento familiar em três domínios distintos: cognitivo, afetivo e comportamental (Wright & Leahey, 2009). *“A finalidade da intervenção de enfermagem é a promoção da mudança, que decorre do processo designado por “ajuste”*

entre as intervenções propostas pelo enfermeiro e a estrutura biopsicossocial-espiritual dos membros da família (Figueiredo, 2009, p. 181)."

As intervenções podem ser simples, nomeadamente através da utilização de perguntas de dois tipos: Lineares e Circulares. As primeiras destinam-se a informar a enfermeira; as do tipo circular, à realização da mudança (Wright & Leahey, 2009).

As intervenções para mudar o **domínio cognitivo** referem-se àquelas que oferecem novas ideias, opiniões, informações, instrução em determinado nível de saúde ou problema. *"Quando implementadas, o resultado esperado é mudar a forma como a família concebe e acredita no problema de saúde e procuram novas soluções para esse problema (Araújo, 2009, p. 79). "Acreditamos que as mudanças mais profundas e contínuas serão as ocorridas no âmbito das crenças familiares (cognitiva). Em outras palavras, o que uma família pensa ser, assim ela é (Wright & Leahey, 2009, p. 132)."*

No domínio cognitivo, são descritos três tipos de intervenções: elogiar as forças da família, oferecer informações e opiniões. Muitos trabalhos realizados no âmbito das necessidades da família, em contexto de saúde, revelam a dificuldade e incapacidade em receber informações dos profissionais de saúde (Nogueira, 2003; Marcon & Waldman, 2003; Lopes, 2007; Olsen, Dysvik, & Hansen, 2009) *"As famílias com um membro hospitalizado indicaram que a obtenção de informações é de prioridade máxima (Wright & Leahey, 2009, p. 140)."*

As intervenções para mudar **domínio afetivo** visam aumentar ou reduzir as emoções que podem estar a bloquear a família para a solução de problemas. São descritos a este nível três tipos de intervenções: validar ou normalizar as respostas emocionais, incentivar as narrativas da doença, e estimular o suporte familiar(Wright & Leahey, 2009).

A validação do afeto ajuda as pessoas a ouvirem as preocupações e sentimentos umas das outras. As narrativas dão oportunidade à família de reencontrar as suas forças e recursos para a resolução dos seus problemas. Este tipo de apoio pode evitar que as famílias se tornem sobrecarregadas (Araújo, 2009).

A este nível, as famílias devem ser incentivadas a descrever as suas experiências de doença e não a história clínica de doença; neste âmbito deve-se-lhe proporcionar um clima de abertura à espontaneidade e de confiança. Deve ser, ainda, estimulada a intervenção familiar, incentivando o espírito de entreajuda.

As intervenções para mudar o **domínio Comportamental** ajudam os membros da família a interagir e comportar-se de forma diferente em relação uns aos outros. Neste âmbito, deve-se incentivar os membros da família a serem cuidadores; eles apreciam a oportunidade de fazer algo por um membro da família (Wright & Leahey, 2009).

Deve ser incentivado o descanso e planejar rituais. Estes temas assumem particular importância para o prestador de cuidados, já que são essenciais para a promoção da saúde da família. *“São exemplo deste tipo de intervenções convidar alguns ou todos os membros da família a participar numa atividade específica como, por exemplo, incentivarem a serem cuidadores de uma pessoa dependente para evitar a sobrecarga do cuidador principal, estimularem ao descanso, planejar atividades de autocuidado recreativo e autocuidado lazer (Araújo, 2009, p. 80).”*

O MCIF não é uma lista de intervenções de enfermagem, mas sim um fornecedor de meios para a concetualização de um ajuste entre os domínios do funcionamento familiar e as intervenções propostas pela enfermeira (Wright & Leahey, 2009). Convém realçar que, no ciclo natural da vida familiar, a mudança e permanência fazem parte de um *continuum*, no qual estão em constante interação. A opção pela permanência ou a emergência da mudança é muitas vezes imprevisível, mas podemos criar as condições

para uma e outra e, assim, ajudar as famílias a escolher o seu futuro (Fazenda, 2005).

O MCAF (Modelo de Calgary de Avaliação da Familiar) e MCIF (Modelo de Calgary de Intervenção Familiar) podem ser utilizados em qualquer contexto da prática de cuidados (LeGrow & Rossen, 2005; Lee, Leung, & Malk, 2012; Wright & Leahey, 2009).

Para os mais céticos, que invocam a falta de tempo para a sua aplicabilidade em contexto hospitalar, é proposta uma entrevista em 15 minutos. A afirmação *"Eu não tenho tempo para fazer entrevistas com a família "* é a razão mais frequentemente apresentada pelos enfermeiros, nos mais diversos contextos, nomeadamente no curso de licenciatura, pós-graduação, workshops, palestras, para não envolverem as famílias na sua prática (Wright & Leahey, 1999)."

A entrevista de 15 minutos consiste numa forma condensada do Modelo Calgary de Avaliação e Intervenção com famílias, visando contribuir para o estabelecimento de relacionamento entre enfermeiro e família, de modo que, mesmo em breve interação possibilite intervenções que promovam saúde e alívio do sofrimento (Silva, Moules, Silva, & Bousso, 2013).

A entrevista com a família em 15 minutos, ou até menos, é uma versão mais curta dos modelos, que envolve cinco ingredientes-chave, ou seja, ingredientes essenciais: as boas maneiras, a conversa terapêutica, um genograma familiar e ecomapa, as questões terapêuticas e os elogios (Wright & Leahey, 1999).

"A enfermagem não ficou imune às mudanças de comportamento social (Wright & Leahey, 2009, p. 230)" Um dos ingredientes-chave na interação com a família são as boas maneiras, e é encontrado num ato social básico de apresentação (Wright & Leahey, 1999). Num contexto em que vários encontros são necessários, o primeiro contacto é pesado em consequências, porque dá o tom aos encontros seguintes (Phaneuf, 2004).

As conversas terapêuticas diferem das conversas sociais. Cada conversa em que participamos afeta a mudança em nossas próprias estruturas espirituais e biopsicossociais e, também, nos membros da família da pessoa internada (Wright & Leahey, 2009). Podem incluir ideias básicas, como pedir à família; que acompanhe a pessoa até à unidade; inclui-las no processo de admissão; convidar a família a colocar questões; valorizar a capacidade da pessoa e da família lidar com os problemas de saúde; indagar sobre as rotinas domésticas; orientar a pessoa e a família para as diferentes interações no futuro e consultar a pessoa e a família sobre o tratamento e a alta (Wright & Leahey, 1999).

O desenho rápido de um genograma (e, algumas vezes, se indicado, um ecomapa) deve ser uma prioridade para todas as famílias, deve tornar-se parte da documentação sobre família, e pode ser recolhida em menos de 2 minutos (Wright & Leahey, 2009).

As perguntas terapêuticas são um elemento-chave, integrando perguntas lineares, circulares e de intervenção. As enfermeiras devem ser incentivadas a pensar, pelo menos, em três perguntas identificadas com diferentes áreas temáticas, como o compartilhar informações; expectativas da hospitalização; visitas; desafios; sofrimentos e as preocupações ou problemas mais prementes (Wright & Leahey, 1999).

Por último, o elogio. Ao elogiar os recursos, as competências e as forças da família, as enfermeiras oferecem aos membros da família, uma nova visão de si mesmos, tornando-os aptos a encarar o problema de modo diferente e com isso, encorajando-os na procura de soluções mais eficazes para reduzir qualquer sofrimento potencial ou real (Wright & Leahey, 2009).

Sobre a documentação de todos estes dados, as autoras salientam a possibilidade de adaptação à filosofia hospitalar e modelo de cuidados, assim como informatizado (Wright & Leahey, 2009).

A eficácia e os benefícios da utilização da entrevista em 15 minutos são descritos em estudos experimentais realizados em contextos hospitalares (Wright & Leahey, 1999; LeGrow & Rossen, 2005; Hostlander, 2005; Martinez, Artois, & Rennick, 213). Acreditamos que este conhecimento pode ser aplicado de forma eficaz mesmo em reuniões muito breves (Wright & Leahey, 1999).

Ao longo deste capítulo, foram descritos os conceitos e as teorias subjacentes à enfermagem dirigida à família, bem como o desenvolvimento teórico a este nível. Foi evidenciada a evolução das políticas institucionais sobre a integração das famílias nos hospitais, bem como a repercussão, ainda limitada, de todos estes aspetos na prática de cuidados de enfermagem à família em contexto hospitalar.

Os enfermeiros precisam possuir sólidos conhecimentos de avaliação da família, modelos de intervenção, técnicas de entrevista, perguntas, etc. Os formadores sobre **família** devem envolver os enfermeiros da prática, facilitando a mudança no contexto de cuidados e criando condições favoráveis à prática de enfermagem à família.

2. A FORMAÇÃO NAS ORGANIZAÇÕES

O objetivo deste capítulo consiste em explicar a particularidade da formação, analisar a sua especificidade associada aos adultos, e a sua respetiva importância nas organizações. É ainda salientada a importância da inclusão de estratégias criativas para provocar impacto no formando, e produzir mudança. Por opção metodológica, será focado a formação profissional como estratégia de gestão, e não a narrativa histórica da teorização da aprendizagem. Será ainda dado o devido relevo à aprendizagem que o jogo exige e estimula.

A organização é um sistema inserido num meio social mais vasto. Entendendo-se sob ponto de vista da gestão, como um vasto grupo de pessoas, estruturado e constituído para se alcançarem objetivos específicos (Frederico, 2006). O crescente processo de globalização tem provocado um forte impacto no mundo do trabalho. E vem gerando menor divisão do trabalho, obrigando à integração da produção versus controlo de qualidade, trabalho de equipa versus trabalho individual e funções polivalentes (Fialho, Silva, & Saragoça, 2013).

À semelhança do que acontece nos restantes domínios, o campo da saúde vive mutações importantes, decorrentes da revolução tecnológica e informacional (Canário, 2000). As organizações de saúde possuem recursos humanos muito diferenciados, do ponto de vista da qualificação, têm de aliar obrigatoriamente a componente qualificadora ao desenvolvimento de competências (Mesquita in prefácio de Menoita, 2011). “*As instituições de saúde são organizações com características muito específicas com entidade e personalidade própria* (Fialho, Silva, & Saragoça, 2013, p. 101).”

Para uma organização, não são tão importantes os recursos per se, mas a forma como são geridos (Gomes, et al., 2008). “ *A necessidade de qualificar as pessoas, ajustar as suas capacidades às necessidades dos clientes e às especificidades dos processos, de modo a potenciar a sua atuação, elevam a formação contínua à condição de processo fundamental para a valorização organizacional* (Domingues, 2009, p. 29).” A sociedade manifesta-se com exigências, cada vez mais específicas, tanto no plano educativo, cultural, como no profissional e económico, pelo que tem enfatizado a formação como meio privilegiado para a satisfação das necessidades individuais e organizacionais (Frederico, 2006).

A gestão das pessoas deve estar no centro das atenções e das prioridades de qualquer gestor ou responsável (Pinto, Rodrigues, Melo, Moreira, & Rodrigues, 2006). Pelo que, ao assumir que o capital humano pode ser uma vantagem competitiva da organização, está a assumir-se que a gestão dos recursos humanos é geradora de capacidades estratégicas e criadora de instituições mais flexíveis e mais competitivas (Gomes, et al., 2008).

A evidência científica reporta a formação e o treino dos recursos humanos como fator estratégico no desenvolvimento de uma organização. (Domingues, 2009). Neste sentido, a formação constitui um elemento central na construção da capacidade de aprendizagem organizacional para potenciar o capital humano (Gomes, et al., 2008).

A formação contínua envolve uma hegemonia conceptual que se foi complexificando ao longo dos tempos, com o surgir de novas abordagens da análise organizacional, com os novos modelos de análise das dinâmicas formativas e com novos pressupostos pedagógicos (Menoita, 2011). Com efeito, a formação contínua integra várias facetas apresentadas na figura 3. É um processo que acompanha o desenvolvimento profissional do indivíduo, da formação académica à sua autoformação, atravessando o tempo e os contextos ao longo da vida (Dias, 2004) e assumindo-se como um trabalho de cada um, consigo mesmo (Fialho, Silva, & Saragoça, 2013).

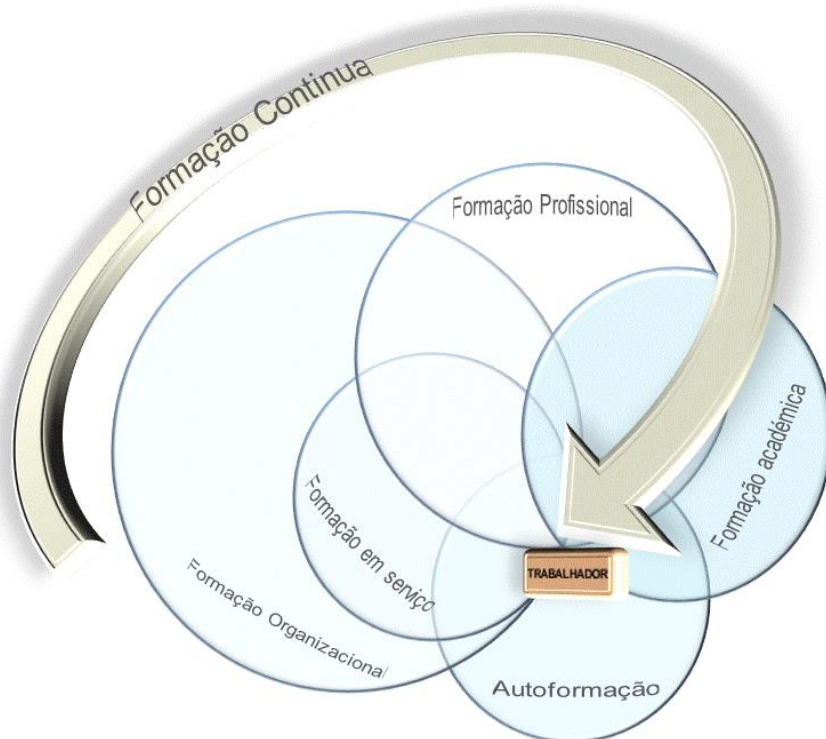


Figura 3. Conceitos integrados na formação contínua

A formação académica dos enfermeiros nem sempre tem acompanhado as mudanças sociais que ocorrem. O seu curriculum, por vezes, distancia-se destes eventos, que o recurso à formação nas organizações, como meio de desenvolvimento de competências para novos paradigmas, é visto como uma forma de potenciar a eficácia das organizações “*só por via da formação é possível melhorar as aptidões de relacionamento interpessoal de organizações*” (Câmara, Guerra, & Rodrigues, 2007).

A evolução que ocorre em qualquer profissão obriga a um aperfeiçoamento e actualização contínua, com vista à valorização dos profissionais, à otimização dos recursos e à evolução dos resultados, ao que a profissão de enfermagem não é alheia (Dias, 2004).

A formação contínua em enfermagem procura a atualização quotidiana das práticas, insere-se numa construção fundamental de relações e processos, que vão do interior das equipas em atuação conjunta, comprometendo os

seus agentes nas práticas organizacionais (envolvendo a instituição e/ou o sector da saúde) e nas práticas interinstitucionais e/ou intersectoriais (implicando as políticas nas quais se inscrevem os atos de saúde) (Costa, 2011). A formação contínua dos enfermeiros consitiuiu uma preocupação ao nível dos hospitais, inicialmente organizados em Departamentos de Educação Permanente, atualmente integrados em centros de formação multiprofissionais (Menoita, 2011).

Em tom adverso, cabe aqui referir que a formação é, por vezes, extremamente variada e numerosa, nem sempre permitindo identificar o seu fio condutor (Hesbeen, 2000). Apesar de a literatura evidenciar a formação como estratégia para a transferência de conhecimento (Menoita, 2011; Costa, 2011; Santos, 2012), outros autores há que contestam a forma como é concebida (Hesbeen, 2000; Canário, 2000; Josso, 2005).

“O facto de as instituições promoverem espaços de formação contínua em contextos de trabalho, não devem ser consideradas de qualificantes, em que promovem a aprendizagem num todo, para aquisição de novas competências capazes de transformarem novas praxis, desde que a formação seja pontual, formal, assente ainda no paradigma tecnocrático, em que o formando tem um papel passivo (Menoita, 2011, p. 95).” São vulgarmente concebidas como momentos de ensino e de aprendizagem de técnicas e não como um processo de desenvolvimento pessoal e profissional dos enfermeiros (Canário, 2000). Caetano salienta que são muitas vezes *“(...) situações de formação fracassadas, visto tradicionalmente estes processos se basearem em metodologias estáticas, remetendo o formando para um papel de agente passivo, não participativo, sujeito a conteúdos que ignoram as representações e experiências vividas (Caetano, 2003, p. 271).”*

Canário salienta que a formação invadiu todos os domínios, como uma espécie de «resposta a todas as interrogações», «solução para todos os problemas». Contudo, numa primeira fase marcada pela euforia, sucedeu-se um sentimento de decepção. Esta ineficácia, associada à persistência de modalidades escolarizadas de formação, tem subjacente uma perspetiva

instrumental, abdicando de utilizar como principais recursos de formação a personalidade e a experiência dos profissionais (Canário, 2000). Desenvolver o saber e alimentar a capacidade de inferência inscreve-se num processo permanente. Isto não pode limitar-se à questão do «como fazer», que muito rapidamente se associa a receitas. A questão do «como fazer» sufoca muito rapidamente a reflexão pessoal e a capacidade de se comprometer numa mudança ou na realização desta (Hesbeen, 2000).

“A formação não merece nem este excesso de honra, nem esta indignidade (Perrenoud, 1997, p. 95).” Tendo em vista que estamos perante o problema de mudar o comportamento dos enfermeiros, sabemos que as mudanças em saúde são complexas, mas como refere Morais *“a comunicação e a educação são duas das formas de reduzir a resistência à mudança (Morais, 2012, p. 125).”* Como formadores, é com esta problemática da mudança que temos de trabalhar, é determinante conhecer as resistências, os recursos, os relatos de vida. Este reconhecimento é um tesouro para o próprio formador, permitindo-lhe ganhar outro olhar sobre a *formação* (Josso, 2005).

A formação contínua deve valorizar a experiência e os saberes de cada um, permitir a reflexão sobre os cuidados prestados e, desta forma, contribuir para termos profissionais e organizações resilientes mais adaptados às incessantes inovações (Tavares, 2001). Por conseguinte, deveremos, nós mesmos, enquanto formadores, encarar a mudança que se impõe, com o dever de ajudar no acompanhamento das pessoas que vão ter de mudar. Essa é a mudança que podemos trazer para o mundo da formação, como formadores, provocadas pela questão: que situação podemos produzir de modo a construir uma nova oportunidade de aprendizagem? Isto, porque *«não podemos obrigar a beber alguém que não tem sede»* (Josso, 2005).

A formação contínua passa a ser uma responsabilidade partilhada entre indivíduo e organizações, num cenário onde a única realidade verdadeiramente estável é a mudança, onde os profissionais terão de se alicerçar nas competências transversais e na aprendizagem ao longo da vida, sempre considerando a formação um recurso basilar, quer do

desenvolvimento humano, quer das organizações (Fialho, Silva, & Saragoça, 2013) .

Em síntese, as organizações de saúde devem assumir a formação como estratégia de desenvolvimento para uma prestação de serviços de saúde de qualidade. No entanto, devem ser planeados momentos formativos dinamizadores da transformação das práticas, para o que é preponderante o ajuste das estratégias pedagógicas ao grupo-alvo como é o caso da formação dos adultos.

2.1. Formação nos adultos

O termo formação de adultos é muitas vezes utilizado numa perspetiva de formação profissional, dissociado do termo educação de adultos. (Josso, 2005). A utilização dos dois termos “Educação de Adultos” e de “Formação de Adultos” está associada a duas grandes tradições: a tradição da “Alfabetização” e a tradição da “Formação profissional”. Embora de modo redutor, o primeiro termo confunde-se com as práticas escolarizadas, enquanto o segundo é utilizado para designar processos adaptativos e instrumentais em relação ao mercado de trabalho, num processo de autoconstrução da pessoa (Canário, 2000).

O conceito de formação não é de todo específico da formação profissional, *“a formação começa na idade de berço e vai até à terceira idade, a formação diz respeito a toda a vida (Josso, 2005, p. 116).”* *“Problematizam-se as questões semânticas da educação e da formação para defender que, se a educação é formadora, a formação pode conter, também ela, uma abordagem educativa (Bernardes, 2013, p. 19).”*

Ao longo deste percurso, é considerado o conceito de formação, por ser considerado mais abrangente (Dias, 2004). Na formação, impõem-se identificar e incluir não apenas os saberes escolares ou científicos, mas

também os saberes produzidos na atividade do trabalho e em outras experiências da vida (Bernardes, 2013).

O homem é um ser em transformação, é um ser inacabado (Flöck, 2013). As pessoas aprendem através da experiência de vida, na fábrica ou na rua, através dos meios, de comunicação como a internet, a televisão, os vídeos e as tecnologias, nos centros de informação e em dinâmicas e espaços de aprendizagem que se vão ampliando cada vez mais (Bernardes, 2013).

A aprendizagem é um processo que decorre ao longo de toda a vida, tendo subjacente a ideia de mudança (Rodrigues & Ferrão, 2012). A aprendizagem é também o processo que decorre da experiência vivida, isto é, do convívio com os outros, da partilha de experiências, do debate, da reflexão, numa perspetiva sistémica. Por sua vez, a formação é uma experiência contínua (Bernardes, 2013). Isto vem romper com a ideia de que uma vez adulto é demasiado tarde para aprender (Danis & Solar, 1998).

O estudo da educação centralizou-se durante muito tempo na educação dos jovens, ao passo que o estudo da **andragogia** é bem mais recente (Danis & Solar, 1998). No início dos anos 1970, Macolm Knowles introduziu o termo andragogia e o conceito de que os adultos e as crianças aprendem de forma diferente. A ideia, pela sua inovação provocou muita pesquisa, mas também muita controvérsia (Knowles, Holton, & Swanson, 2011). Segundo Knowles, a andragogia tem subjacentes os princípios da teoria da aprendizagem do adulto, as condições da aprendizagem, e a aprendizagem-experiência (Knowles, 1990).

O modelo pedagógico no ensino de crianças atribui ao professor a responsabilidade total para tomar todas as decisões sobre o que vai ser aprendido, como será aprendido, quando será aprendido e se foi aprendido. É a educação dirigida pelo professor, deixando ao aprendiz somente o papel submisso de seguir as instruções de um professor (Knowles, Holton, & Swanson, 2011). Para Knowles, a andragogia e a pedagogia tradicional diferem em seis áreas (Knowles, 1990). (Figura 4)

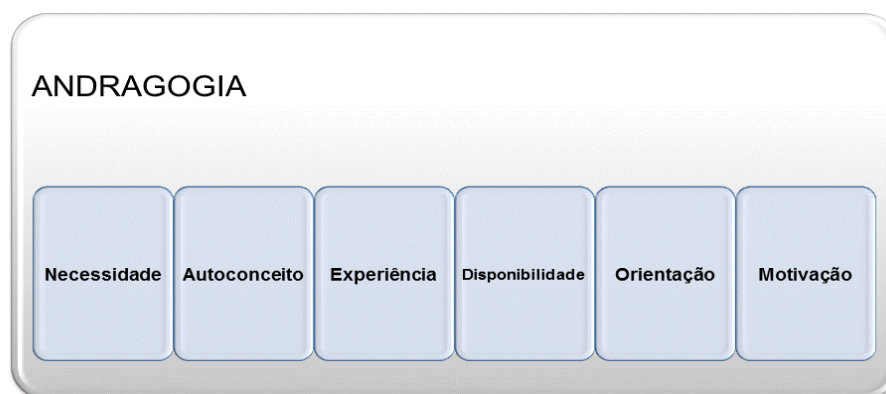


Figura 4: Pressupostos da Andragogia adaptado de Knowles 1990

Os adultos precisam saber por que precisam aprender algo antes de apreender; sentem-se responsáveis pelas suas próprias vidas, pela sua própria aprendizagem e desejam ser reconhecidos como sendo capazes de se autodirigirem. O adulto possui e acumula um reservatório crescente de experiência que se torna um recurso cada vez maior para a aprendizagem. Apenas se torna disponível para aprender quando sente que precisa saber. Em contraste com crianças, onde a orientação é centrada na aprendizagem (pelo menos na escola), os adultos são centrados na vida (centrados na tarefa ou centrados no problema) em sua orientação para a aprendizagem. Por último, enquanto os adultos são sensíveis a motivadores externos (melhores empregos, promoções, salários mais altos, e similares), os motivadores mais poderosos são pressões internas (O desejo de maior satisfação no trabalho, autoestima, qualidade de vida, etc) (Knowles, 1990).

Knowles integrou pressupostos oriundas de outras teorias, nomeadamente a teoria da aprendizagem, condições de aprendizagem, aprendizagem experiencial, hierarquia das necessidades humanas (Deyoung, 2009).

A maior parte dos estudos que fundamentam a andragogia partem, sobretudo, de dois pressupostos: o primeiro resulta da dicotomia entre ensino e formação, entre métodos diretivos e ativos, entre metodologias tradicionais e novas metodologias; e o segundo resulta da existência de especificidades

próprias nas crianças, diferentes das dos adultos (Rodrigues & Ferrão, 2012). A andragogia introduziu princípios fundamentais que permitem construir processos de aprendizagem eficazes para os adultos (Knowles, Holton, & Swanson, 2011).

A aprendizagem decorre da obtenção de conhecimentos, do desenvolvimento de capacidades, da aquisição de competências, ocorrendo uma mudança pessoal. A aprendizagem pelos adultos pode ser discutida a partir de inúmeras perspetivas, visto se desenvolver em diversas áreas do conhecimento que abordaram esta questão: a medicina, a sociologia, a psicologia, a gestão dos recursos humanos e a educação em geral (Danis & Solar, 1998; Nunes, 2007).

Nas diversas conceptualizações existentes sobre aprendizagem, são evidentes a inclusão, de modo mais ou menos evidente, de aspetos referentes à mudança (LaRosa, 2003). A aprendizagem consiste num conjunto de mecanismos psicofisiológicos e de operações mentais, de ordem cognitiva e emocional, que se traduzem em novas atitudes e comportamentos (Rodrigues & Ferrão, 2012).

O conhecimento no adulto não significa aprendizagem, assim como a formação não implica mudança de comportamento (Canário, 2000). *“É a partir deste aspeto que se torna importante perceber a natureza e a dinâmica das transformações que ocorrem, bem como eventuais resistências ao desenrolar do processo (Serra, 2005, p. 10).”*

Numa metáfora empregue pela autora Josso (2005), referindo-se à formação contínua dos pilotos, perante a evolução tecnológica, salienta que pode ser muito perigoso não desaprender, não saber desaprender e não saber esquecer. *“Com efeito, para um indivíduo experiente numa dada área, aprender algo de novo nesse domínio terá, muito provavelmente, de considerar como inválido ou relativo, aquilo que, anteriormente tinha como evidente e natural (Serra, 2005, p. 11).”*

Estamos restringidos a etiquetas, a modos de fazer, saberes, rotinas, que nos impedem de ir para a mudança, para a criatividade (Josso, 2005). A mesma autora realça a importância da aprendizagem experiencial nos adultos, *“Se não for experiencial não há mudança. Pode haver informação, mas não há formação. A experiência implica uma dimensão afetiva, implica uma reflexão sobre o que foi vivido (Josso, 2005, p. 120).”*

A teoria da aprendizagem experiencial, introduzida por Kolb (1984), destaca o papel do pensamento reflexivo para melhoria da qualificação profissional (Pimentel, 2007). *“O reconhecimento que tem vindo a ser atribuído aos locais de trabalho é resultado de uma articulação entre as práticas formativas e os contextos de trabalho, levando a uma importância crescente da formação experiencial (Frias, 2003, p. 67).”* É de realçar que, em contexto de formação profissional, o modo como o formando aprende depende não só das estratégias de ensino utilizadas, como do nível e do tipo de participação do formando na identificação, no relacionamento e na seleção da informação a integrar nas suas estruturas cognitivas (Rodrigues & Ferrão, 2012).”

O conteúdo descrito nestas últimas páginas permitem evidenciar a especificidade dos adultos na aprendizagem e na importância da incorporação destes conceitos nas escolhas das estratégias formativas, integrando uma estratégia inovadora, ativa, que promova a reflexão sobre a prática e em que o formando abandonasse o seu papel passivo, «o jogo».

2.2. O jogo como estratégia criativa para a formação

Atualmente, as informações sobre qualquer tema encontram-se disponíveis à distância de um clique. As tecnologias digitais omnipresentes levam à necessidade de se redefinir nossos pontos de vista sobre o que significa ensinar e aprender no mundo globalizado. Vive-se num mundo onde a tecnologia impera, a um ritmo acelerado, onde o audiovisual e a estimulação

são constantes, e onde a abundância de novos conhecimentos é facilmente acessível através da internet e multimédia (Baid & Lambert, 2010).

Os formandos de hoje são consumidores com um alto nível de exigência. As suas expectativas sobre a aprendizagem são elevadas, constituindo-se num desafio até mesmo para os instrutores mais talentosos e experientes (Herrman, 2008).

No mundo de hoje, criar um ambiente de aprendizagem eficaz não é uma tarefa fácil, assumindo maior complexidade nos profissionais de saúde (Bradshaw, 2011). A mudança na área da saúde tem sido enorme, e a velocidade em que ocorre continua a aumentar. A tecnologia de hoje e a terapêutica eram inimagináveis até algumas décadas atrás. Ao longo do tempo, os enfermeiros também têm sido influenciados por essas alterações, a que se acresce o aparecimento de novas patologias, as alterações dos serviços de saúde, as questões socioculturais, a incorporação de todas as questões éticas na prática de cuidados, as mudanças na economia e o próprio desenvolvimento das ciências de enfermagem e do nível académico dos profissionais (Lowenstein, 2011).

Os formadores enfrentam um enorme desafio, dada a necessidade de manter o processo de ensino/aprendizagem cativante e interessante, e atendendo à grande quantidade de informações que os enfermeiros devem possuir para proceder como profissionais competentes, num sistema exigente e em constante mudança (Royse & Newton, 2007).

Shell (2006) refere que os métodos inovadores vão ao encontro das necessidades dos estudantes de enfermagem, ou mesmo dos profissionais de saúde. A inovação é determinante para o sucesso de qualquer intervenção. *“Tente recordar um dos seus professores favoritos? Porque ele se destacou? O que o tornou único? Um fator importante pode ter sido a percepção de que foi completamente diferente* (Lowenstein, 2011, p. 39).”

Segundo Herrman (2008), recordámos com mais frequência as experiências de aprendizagem que consideramos mais eficazes e retemos a informação que nos foi transmitida de forma única, inovadora e divertida. Shell (2006) define a inovação como o uso de métodos não tradicionais em ambientes de aprendizagem; uma inovação é qualquer estratégia educacional geralmente nunca realizada pelo formador, ou testemunhado anteriormente pelos formandos. A inovação surge associada à criatividade e capacidade de surpreender o outro. Ela poderá não estar apenas relacionada com a estratégia de ensino, mas também pela forma como o formador a apresenta, uma estratégia tão simples como alterar a disposição de uma sala de aula poderá ser uma inovação (Herrman, 2008).

A inovação pode ser utilizada em qualquer nível de formação (Lowenstein, 2011). Ensinar numa sessão única para uma multidão de alunos motivados com a temática pode exigir um nível diferente de criatividade e inovação relativamente ao exigido para uma sessão de rotina de menor dimensão sobre um tema menos popular. É na situação de rotina que as estratégias criativas ganham mérito nas temáticas menos populares (Herrman, 2008).

A inovação é usar o conhecimento para novas abordagens e permitir a transformação dos sistemas, mas isto exige desconstrução com premissas e valores de longa data (Pardue, Tagliareni, Valiga, Davison-Price, & Orehowsky, 2005). Algumas barreiras se colocam ao ensino inovador, nomeadamente o tempo (Shell, 2006; Herrman, 2008; Lowenstein, 2011; Deyoung, 2009), a autoconfiança (Shell, 2006; Herrman, 2008), a própria cultura da instituição (Shell, 2006; Herrman, 2008) e experiências passadas de ensino (Herrman, 2008; Lowenstein, 2011).

A criação de uma estratégia eficaz requer planeamento (Baid & Lambert, 2010). O formador deve interligar a estratégia com os conteúdos, objetivos e tempo destinado à formação, isto porque as estratégias deixam menos tempo para os métodos tradicionais (Herrman, 2008). Conforme refere Herrman (2008), os educadores de enfermagens sentem a necessidade de cobrir todo o conteúdo, pensando: Se eu não disser isso, eles não vão

aprender, e vai ser culpa minha. É necessário enfatizar o processo ensino-aprendizagem, e não apenas o conteúdo, promovendo a autoaprendizagem (Shell, 2006).

Conforme nos refere Josso (2005), também na postura de aluno/formando existem diferentes posições, existem aquelas pessoas que estão absolutamente convencidas de que o professor lhes deve ensinar algo, e é uma batalha quando o formador não tem essa posição.

Por outro lado, as estratégias criativas incluem um elemento de risco. Os formadores necessitam de sair do seu papel habitual, de sair da sua zona de conforto (Young, 2004; Shell, 2006; Herrman, 2008). Necessitam de ter autoconfiança, de se sentirem confortáveis com a estratégia (Herrman, 2008).

A cultura, a valorização da tradição e a resistência à própria mudança dificultam a incorporação de novas estratégias. No estudo realizado por Pardue, Tagliareni, Valiga, Davison-Price, & Orehowsky (2005), a resistência da própria cultura do ensino de enfermagem é uma das razões pela falta de inovação, e isso é visto como o maior obstáculo à mudança. Salientam ainda que urge questionar se os métodos tradicionais são a única forma de ensinar.

No âmbito do formador e a mudança, Josso (2005) salienta que existe qualquer coisa de desconfortável nesse papel, que devemos ser atores sociais da mudança, mas também da continuidade. Do lado dos formandos, somos suspeitos de controladores; do lado das políticas somos suspeitos de estar em demasia com os alunos, e de não sermos suficientemente severos. A este nível, Pelletier, Séguin-Lévesque, & Legault (2002), constatou que formadores que potenciam a autonomia do formando tendem a potenciar a motivação para a aprendizagem.

Os formadores são, assim, desafiados a ensinar de uma forma que chame a atenção dos formandos e de modo a manter a motivação para a aprendizagem (Baid & Lambert, 2010).

As estratégias tradicionais que têm sido utilizadas no ensino de enfermagem, nomeadamente o recurso às palestras, são frequentemente descritas como monótonas (Rowell & Spielvogel, 1996). A palestra atende às necessidades da maioria dos alunos, especialmente com os grupos de maiores dimensões, e a maioria dos formadores em enfermagem estão confortáveis com esta técnica. No entanto, tem sido recentemente alvo de muitas críticas, por ser considerada passiva, tradicionalista, e menos em sintonia com as necessidades dos alunos atuais (Herrman, 2008).

Conforme refere Zachry (1985), a essência da palestra é evidenciada num cartoon, em que o professor diz aos alunos: *“Okay class, my job is to talk and your job is to listen. If you finish first, let me know”* (Zachry, 1985, p. 129). Isto realça o facto de esta ser uma estratégia em que o aluno assume um papel passivo, em que “Desliga” antes de a sessão terminar e com isso perde grande parte das informações (Deyoung, 2009). Por sua vez Woodring & Woodring (2011), refere que, os estudos realizados, já na década de 1990 descobriam que 80% da informação obtida através da palestra não é recordada um dia após, e que 80% dessa percentagem, também é esquecida após um mês.

No contexto em que o aprendiz é um agente passivo da aprendizagem, confunde-se o “ensinar” com o “transmitir” (Coscrato, Pina, & Mello, 2010), e perde-se o processo de ensino-aprendizagem.

Muitos autores referem que os enfermeiros têm uma maior propensão para atividade cinestésica. Sendo assim, estratégias inovadoras que permitem a maior estimulação sensorial podem por isso ser mais eficazes (Herrman, 2008; Baid & Lambert, 2010; Royse & Newton, 2007; Meehan-Andrews, 2008; Boctor, 2013).

O papel do formador não será tanto o de ministrar um corpo de conhecimentos, mas sim o de ajudar a encontrar caminhos e a construir o próprio conhecimento, facilitando a aprendizagem, motivando para a formação, pois o verdadeiro conhecimento tem de ser aprendido, apreendido e desejado, e não pode ser imposto (Dias, 2004), estes objetivos podem ser alcançados através das estratégias criativas.

O ensino inovador permite o desenvolvimento do pensamento crítico e a resolução de problemas, trabalho em equipa, competências de cooperação, comunicação e motivação para aprendizagem (Shell, 2006). As atividades em que os alunos trabalham em grupos, incentivam a formação de equipas, promovem a partilha entre pares (Baid & Lambert, 2010). Os jogos podem atender a estas características, porque são experimentais e podem fornecer um feedback frequente, são uma forma de motivar, reforçar as habilidades, e promover a colaboração (Jaffe, 2011).

Até ao momento, as linhas que mais e melhor se foram definindo nas estratégias pedagógicas agrupam-se em quatro grandes modelos que têm dominado os métodos e técnicas de ensino nos últimos anos: os cognitivos, cujo princípio fundamental é a formação pela obtenção de conhecimentos; os behavioristas, que destacam a modificação do comportamento e do treino, feedback e reforço; os personalistas, que dão prioridade à autoaprendizagem permanente como desenvolvimento dos valores pessoais e os sociológicos, que visam acima de tudo a integração dos alunos num meio propício. Em todos estes modelos é possível determinar situações lúdicas de aprendizagem, mais ou menos estruturadas, incorporadas no processo de ensino/aprendizagem (Cabral A. , 2001).

A utilização de uma estratégia lúdica contempla os critérios para uma aprendizagem efetiva, no sentido de que, chamando a atenção para um determinado assunto, seu significado pode ser discutido entre todos os participantes, sendo o conhecimento gerado a partir da atividade lúdica e podendo ser transportado para outro campo da realidade (Coscrato, Pina, &

Mello, 2010). *"Why can't learning be fun?" How often have you heard this?* (Henderson, 2005, p. 165)"

"A história do jogo perde-se na origem dos tempos (Cabral, 2001.p 164)." O uso de jogos no ensino tem sido uma prática tão abundante em todas as disciplinas, que já existe uma extensa literatura sobre a temática (Jaffe, 2011). A estratégia desenvolvida na década de 1960, rapidamente se tornou popular como um método educacional. Na década de 1980, o interesse em jogos educativos parecia estar em declínio (Henderson, 2005), certamente por muitos dos jogos de enfermagem só virem a ser publicados na década de 1990 (Henderson, 2005; Royse & Newton, 2007).

Hoje, o jogo enquadra-se no ensino de enfermagem como uma estratégia voltada para a promoção da aprendizagem ativa (Henderson, 2005). A sua aplicabilidade ao ensino de enfermagem tem vindo a ser amplamente reconhecida, como os estudos a este nível bem demonstram (Allum, Blakely, Cooper, Nelmes, & Skirton, 2010; Baid & Lambert, 2010; Boctor, 2013; Coscrato, Pina, & Mello, 2010; Hodges, 2008; Sealover & Henderson, 2005; Cessario, 1987; Figueiredo, Tonini, Tavares, & Araújo, 2010). Contudo, muito direcionados para estudantes.

O jogo e a simulação são muitas vezes considerados como a mesma estratégia, mas, embora estejam intimamente relacionados, eles não são o mesmo (Henderson, 2005). O jogo implica um conjunto de regras, critérios e objetivos para determinar os vencedores (Jaffe, 2011). Normalmente, os jogos têm vencedores. Idealmente, mesmo os perdedores do jogo devem sentir-se agradados com a experiência.

O jogo envolve regras, colaboração dos membros e a competição entre as equipas. Frequentemente requer adereços ou outros apetrechos, pelo que, os jogos podem assumir diversas formas (Henderson, 2005). Muitos destes jogos têm formatos bastante populares, tais como bingo, Jeopardy®, Trivial Pursuit®, Monopólio®, ou ainda "Quem quer ser um milionário? (Jaffe, 2011)."

Neste estudo, recorreu-se a um jogo de tabuleiro. Este tipo de jogo, geralmente, usa uma placa sobre o qual se desenvolve um jogo com cartões, ou com dados. Estes jogos podem ser usados para ajudar os indivíduos ou as equipas a demonstrar o seu domínio de conceitos, princípios, competências e estratégias para a resolução de problemas (Henderson, 2005).

Os jogos de tabuleiro ou de cartas tendem a ser mais apropriados para o conhecimento e desenvolvimento de competências no domínio cognitivo. (Jaffe, 2011). Salienta-se a este nível o jogo de tabuleiro desenvolvido por Cesário (1987), cujo objetivo era motivar os alunos a aprender sobre modelos de enfermagem. Outros jogos de tabuleiro foram realizados no ensino de enfermagem (Gibson & Douglas, 2013; Bowers, 2011), para a educação e para a saúde (Fonseca, Scochi, & Mello, 2002; Leite, Gonçalves, Stefanelli, & Bonadio, 1998).

Os jogos devem ser cuidadosamente planeados de forma a atingir os resultados da aprendizagem (Baid & Lambert, 2010), apresentando a este nível a desvantagem do tempo utilizado para a sua realização (Allum, Blakely, Cooper, Nelmes, & Skirton, 2010; Boctor, 2013; Henderson, 2005).

Os jogos apresentam inúmeras vantagens: reduz o stress e ansiedade na aprendizagem (Henderson, 2005); estimula o envolvimento dos formandos (Henderson, 2005; Allum, Blakely, Cooper, Nelmes, & Skirton, 2010); reduz a monotonia (Henderson, 2005); promove o trabalho em equipa e a colaboração (Deyoung, 2009; Henderson, 2005; Jaffe, 2011); cria um ambiente propício para a aprendizagem (Royse & Newton, 2007; Josso, 2005); promove a motivação sobre o tema (Henderson, 2005; Royse & Newton, 2007; Deyoung, 2009; Boctor, 2013), dá prazer (Jaffe, 2011; Allum, Blakely, Cooper, Nelmes, & Skirton, 2010); permite diversão e emoção na aprendizagem (Deyoung, 2009) e desenvolve o pensamento crítico (Royse & Newton, 2007).

Em síntese, os Jogos podem, assim, fornecer uma estrutura para reforçar os factos, adquirir conhecimentos e competências. Com jogos os alunos podem desenvolver a sua vida social e profissional, bem assim como, competências na comunicação, na resolução de problemas, na liderança e na tomada de decisão. Também foi atribuído ao jogo o facto de promover a integração de conteúdos e reforçar a ligação entre a teoria e a prática (Henderson, 2005).

Os jogos são experimentais, são uma forma de motivar, deles são esperadas aprendizagens dos participantes que duram além do jogo em si (Jaffe, 2011). “*Can experiment without risk* (Henderson, 2005, p. 170).” O supracitado permitiu acreditarmos ser o jogo uma estratégia eficaz para ensinar **família**.

3. PREPARAÇÃO DO TRABALHO DE CAMPO

Na primeira parte deste relatório, foram evidenciadas as temáticas consideradas determinantes para documentar o tema em estudo, o que nos reporta a capítulo para a determinação do problema em análise e para as etapas metodológicas inerentes a esta investigação.

Ao longo das próximas páginas é justificado o problema de investigação, o desenho do trabalho de campo, sua finalidade e objetivos.

3.1. Justificação do problema de investigação

A evolução do conceito e do enquadramento da família nos diversos contextos socioculturais conduziu a uma diversidade de transformações na família, traduzindo-se em mudanças na sua estrutura e na sua função. Atualmente, novas formas de organização familiar têm surgido, nomeadamente famílias monoparentais, famílias reconstituídas, congregando adultos e crianças sem laços sanguíneos em novas estruturas familiares.

A par com estas alterações estruturais da sociedade, surge a reestruturação dos cuidados de saúde, com ênfase na rentabilização e utilidade dos recursos, procurando devolver, o mais rapidamente possível, à comunidade os seus clientes, onde a família não é integrada.

No hospital, a dimensão técnica, decorrente da natureza dos cuidados de saúde, concorre diretamente com uma dimensão humana, e onde nem sempre estas duas dimensões são compatíveis (Serra, 2005). A chegada ao

hospital, enquanto se aguarda um futuro incerto, constitui uma experiência complicada e ansiogénica. O próprio ambiente físico, a tecnologia, o pessoal em uniforme, a linguagem especializada, contribuem para um sentimento de vulnerabilidade.

Algumas melhorias de cuidados ajudaram a diminuir os efeitos da cultura hospitalar, mas a eficácia dessa evolução não deve ser sobrestimada (Morrison, 1994). Apesar da evolução que se têm vindo a observar, no sentido da abertura do hospital às famílias, aquilo que ainda se verifica nos nossos hospitais são ambientes de rotinas impostas por horários rígidos, onde a família é tantas vezes esquecida ou ignorada (Nogueira, 2003).

A transição saúde/doença apresenta-se como um momento de crise para a família. Aplicando a teoria geral dos sistemas, rapidamente se compreende que uma modificação na condição de saúde de um dos elementos afeta toda a unidade familiar (Wright & Leahey, 2009).

Sobre este tema Wright e Bell (2004), referem que os profissionais de saúde, e em particular a enfermagem, não foram imunes à visão mecanicista que fragmenta os cuidados. De acordo com estas autoras, apesar de se aceitar, hoje, a relação entre família e doença é, ainda, também, muito evidente, o impacto limitado desta relação aplicado às intervenções de enfermagem.

Os resultados dos estudos desenvolvidos indicam que, embora os enfermeiros tenham um conceito da importância das famílias nos cuidados, esta não é visível nas intervenções que desenvolvem (El-Masri & Fox-Wasylyshyn, 2007; Duhamel, 2010; Segaric & Hall, 2005).

O ponto de partida para uma investigação surge a partir de um questionamento sobre a realidade. Vilelas (2009) realça a necessidade de conhecer o melhor possível o tema em estudo, definindo o conhecimento atual, o conhecimento que procuramos, as dúvidas existentes, e o que nos propomos atingir, submetendo as nossas propostas a uma rigorosa análise. Ao definir o problema que se enfrenta, e mostrando por que é necessário

faze-lo, procurando as informações necessárias para sustentar argumentação. A problemática deve fornecer aos leitores os elementos necessários para justificar a investigação (Chevrier, 2003).

Indo ao encontro destes autores, e alicerçada na crença decorrente da experiência profissional do investigador, e da observação do quotidiano da prática, onde a abordagem à família pelos enfermeiros é quase inexistente, surge a necessidade de um diagnóstico para esta afirmação.

Para esta primeira fase de justificação da problemática, foram analisadas as práticas que emergiram da informação documentada pelos enfermeiros em contexto hospitalar. A recolha da informação foi realizada no contexto hospitalar, onde viria a ser realizada a intervenção, depois de solicitada autorização para a pesquisa. O campo onde decidimos implementar a dinâmica proporcionou-nos a oportunidade de realizar esta experiência com base nos registos informatizados, através de um sistema de informação de Suporte e Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE®).

Os registos foram analisados com base na versão Beta da Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem (CIPE®), por ser a terminologia utilizada no programa da SAPE®, correspondendo à informação documentada nos serviços de cirurgia, Medicina, Ortopedia, Obstetrícia, ginecologia, pediatria, neonatologia e bloco operatório. Foi selecionado, através de randomização aleatória, um mês para a pesquisa. Os diagnósticos foram integrados pelos focos de intervenção e agrupados conforme matriz da CIPE®, versão beta referente aos fenómenos de enfermagem.

Os fenómenos de enfermagem são aspetos da saúde com relevância para a prática de enfermagem, sendo os diagnósticos de enfermagem a designação e decisão atribuída a esse fenómeno, como foco das suas intervenções. O diagnóstico de enfermagem é composto por conceitos contidos nos eixos da classificação dos fenómenos. Nomeadamente o foco da prática de enfermagem, que traduz a área de atenção do enfermeiro, tal como foi

descrito pelos mandatos sociais e pela matriz profissional e concetual da profissão (ICN, 2002). Da análise referente à informação documentada pelos enfermeiros ao longo de um mês, nos cuidados à pessoa/ família, nos 513 processos de internamento (Tabela 2), foram documentados 3243 fenómenos.

Serviço	N Utentes
Cirurgia	110
Ginecologia	45
Medicina	96
Neonatologia	19
Obstetrícia	93
Ortopedia	112
Pediatria	38
Total	513

Tabela 2: Processos consultados por serviço

Quando procedemos ao agrupamento destes focos de atenção da prática do enfermeiro, de acordo com a matriz da CIPE® versão Beta, podemos observar como se distribui a frequência destes fenómenos. (Figura 5)

É de salientar o facto de existir um predomínio acentuado dos fenómenos do tipo Indivíduo/Função (59,1%) e Indivíduo/Pessoa/Ação/Realizada pelo próprio (27,2%). Pelo contrário os fenómenos do grupo Família apresentam uma frequência quase nula (0,7%).

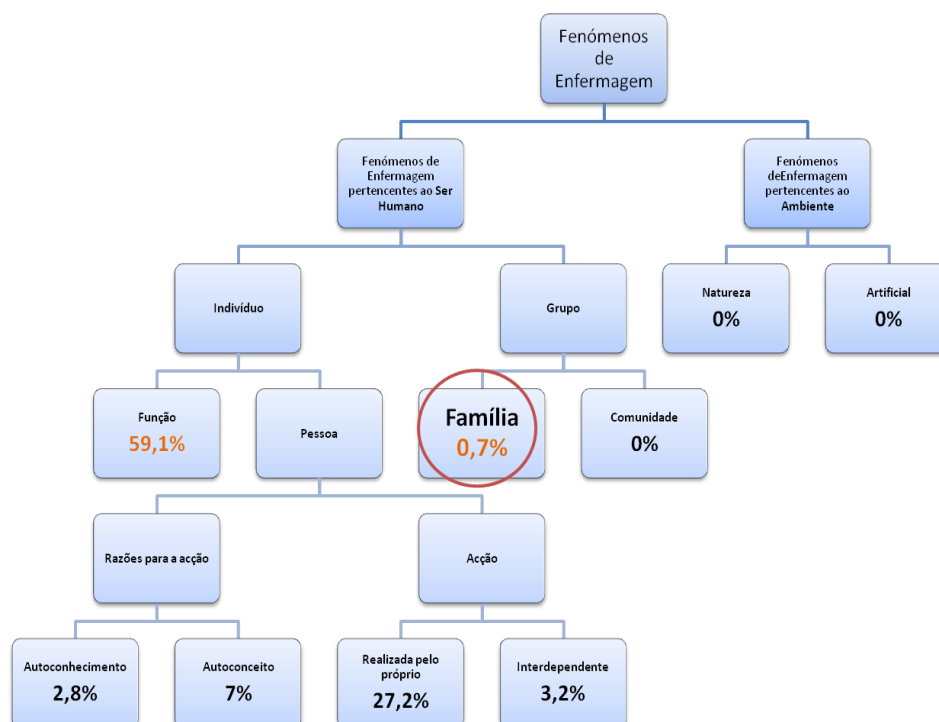


Figura 5: Fenómenos de Enfermagem documentados num mês

Nos registos informatizados no mês em análise, os diagnósticos identificados pelos enfermeiros nos diversos âmbitos de cuidados, revelaram, maioritariamente, focos associados à função, como, por exemplo, respiração, circulação, etc., o que se traduz numa dimensão individual, evidenciando a influência de um modelo biomédico. É essencial que os enfermeiros elevem a prestação de cuidados de um nível individual para o familiar.

Os dados apresentados vieram comprovar a problemática, e evidenciar a necessidade de uma intervenção. Segundo Wright & Leahey (2009), é necessário disponibilizar às enfermeiras uma estrutura para avaliação da família e intervenções para facilitar a transição de um modo de pensar mais tradicional, individualizado, para um “*pensar interacionalmente*” ou um “*pensar família*”.

Como muitos dos enfermeiros não detêm formação sobre família, nomeadamente sobre estratégias de avaliação e intervenção na família,

acreditam que o estudo da família faz parte do senso comum (Hanson & Kaakinen, 2005; Kaakinen & Birenbaum, 2011).

Urge compreender a família pela sua complexidade, globalidade, diversidade, unicidade, entre muitas outras características inerentes à sua multidimensionalidade, que ultrapassem as definições associadas à consanguinidade e afinidade (Figueiredo & Martins, 2009).

Cientes de que tal como referem Wright & Leahey (2009), *“Todas as enfermeiras devem ser instruídas na maneira de envolver as famílias nos cuidados de saúde em todos os domínios da prática de enfermagem* (Wright & Leahey, 2009).” E o facto de os estudos evidenciarem o impacto positivo das estratégias educacionais a este nível (LeGrow & Rossen, 2005; Duhamel, 2010; Santos, 2012; Lee, Leung, & Malk, 2012; Goudrea, Duhamel, & Ricard, 2006), a autora propõe a utilização de uma intervenção formativa.

Atualmente, parece dado adquirido por parte das organizações que a formação contribui para a realização dos objetivos organizacionais, dado o seu impacto a nível das competências dos profissionais (Fialho, Silva, & Saragoça, 2013), embora deva ser revista a forma de conceber a formação, transitando de uma abordagem tradicional para um espaço dinamizador de transformação e de problematização das práticas profissionais (Menoita, 2011).

“A formação surge como um instrumento por excelência, facilitador do processo de mudança, contribuindo em muito para o desenvolvimento das novas competências (Fialho, Silva, & Saragoça, 2013).”

Esta problematização conduz-nos à escolha de um jogo como estratégia inovadora, como agente facilitador da mudança num programa formativo sobre enfermagem à família. *Porquê um Jogo?* Esta escolha fundamenta-se na existência de uma possível relação entre o jogo e o desenvolvimento profissional. Revemos no jogo um grande aliado a ser explorado como

estratégia de ensino/aprendizagem (Pimentel, 2004). O jogo é uma estratégia de ensino que oferece um valor acrescido para a aprendizagem, podendo adicionar o despertar para a temática. Apesar de o jogo no ensino de enfermagem não ser uma ideia recente, conforme referido no capítulo anterior, pode ser uma estratégia a implementar (Henderson, 2005). Daqui, revermos neste percurso a possibilidade da criação de um instrumento lúdico para o ensino/aprendizagem sobre enfermagem de família, questionando-se sobre: ***“Será que aprender com um jogo contribui para a mudança das práticas de cuidados à Família?”***

Após as leituras e reflexões realizadas, partimos de um conjunto de questões orientadoras deste estudo:

- Como são as práticas de cuidados à família?
- Será que a construção de um jogo é válido para ensinar *família*?
- Será que um jogo motiva os enfermeiros a participarem na formação?
- Será que um jogo é mais bem avaliado pelos enfermeiros do que outras estratégias formativas?
- Serão os conteúdos do jogo adequados para ensinar enfermagem de família?
- Como é avaliado pelos enfermeiros a utilização de um jogo como estratégia de ensino?
- Que impacto tem nas atitudes dos enfermeiros para com as famílias, a aplicação do Jogo “Family Nusing Game”?
- Que impacto tem nos conflitos dos enfermeiros com a família, a aplicação do “Family Nusing Game”?
- Quais as alterações produzidas na informação documentada pelos enfermeiros sobre a assistência às famílias, antes e depois do Jogo “Family Nusing Game”?
- Serão as práticas de cuidados à família diferentes conforme o contexto?

“As etapas de uma investigação entrelaçam-se e complementam-se de tal modo que nos obrigam a efetuar constantes revisões de todos os aspetos anteriores.” (Vilelas, 2009, p. 76) Decorrente desta problematização, foi possível delinear a pesquisa que se desenvolve e apresenta no próximo subcapítulo.

3.2. Da construção do jogo à intervenção

A fase metodológica consiste em precisar como o fenómeno em estudo será integrado num plano de trabalho, constituindo este plano a espinha dorsal sobre a qual virão a enxertar-se os resultados da investigação (Fortin, 2009). Esta fase corresponde não somente ao delinear do desenho do estudo e orientação da seleção dos instrumentos, como também o determinar dos critérios de verificação (Vilelas, 2009).

Ao longo deste percurso, pretendemos criar, validar e implementar o “Family Nursing Game”, ensinando *família* aos enfermeiros através de um jogo e incrementando a mudança nos diferentes contextos de trabalho de um meio hospitalar, cuja finalidade última consiste na **melhoria da assistência à família em contexto hospitalar**. Com os seguintes objetivos:

- Analisar as práticas de cuidados à família,
- Desenvolver um jogo para o ensino sobre enfermagem à família,
- Comparar o jogo com outras estratégias pedagógicas utilizadas para o ensino de enfermagem à *família*,
- Avaliar a perceção dos enfermeiros sobre a utilização de um jogo no ensino de enfermagem à *família*,
- Avaliar o impacto do “Family Nursing Game” nas atitudes dos enfermeiros para com as famílias,

- Avaliar o impacto do “Family Nusing Game” no conflito dos enfermeiros para com as famílias,
- Acompanhar o desenvolvimento dos processos de assistência às famílias, através da informação documentada pelos enfermeiros, antes e depois do Jogo “Family Nusing Game”.

A escolha do desenho do estudo tem de estar intimamente relacionada com a problemática e também com o estado dos conhecimentos. Com base nestes objetivos, e de modo a obter as respostas às questões colocadas, foi desenhado o caminho assumido pelo investigador (figura 6).

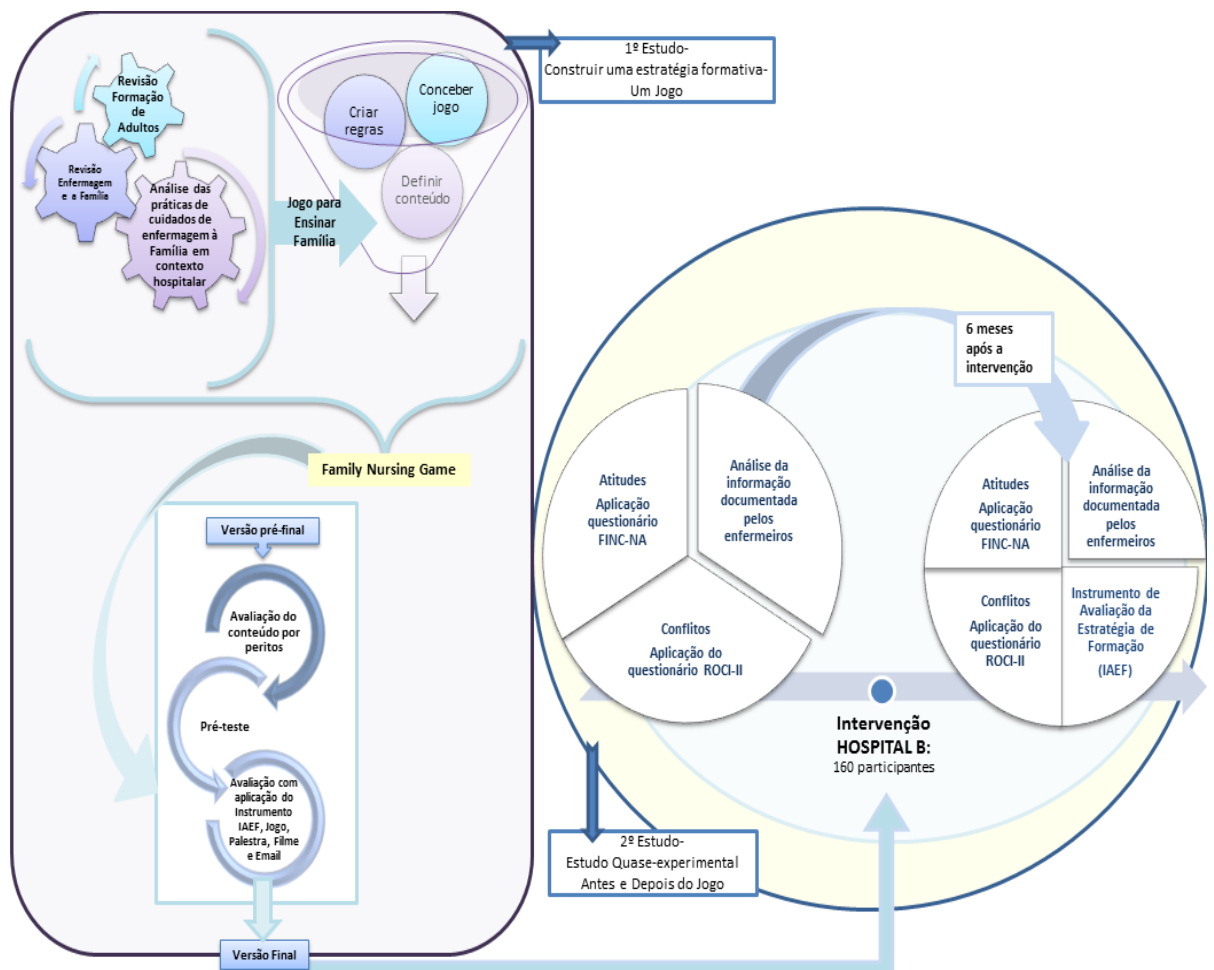


Figura 6: Desenho do estudo

No primeiro estudo, são descritas as etapas inerentes à construção, validação e avaliação do jogo desenvolvido no capítulo que se segue e intitulado “Construir um jogo como estratégia formativa”.

No segundo estudo de investigação, tratado no capítulo 5, denominado de “O Antes e o depois do Jogo”, é descrita a aplicação da intervenção num contexto hospitalar, e considerando a avaliação do respetivo impacto.

O capítulo agora encerrado pretendeu explicitar e evidenciar a problemática em estudo, justificando a necessidade de uma intervenção para pensar *família* em contexto hospitalar, do qual resulte mudanças nas práticas de cuidados de enfermagem à família.

4. CONSTRUIR UMA ESTRATÉGIA FORMATIVA- UM JOGO

O desenvolvimento das redes de informação torna veloz o acesso à informação, sem grandes esforços, o que coloca grandes desafios aos formadores. O recurso à inovação e à criatividade podem constituir uma estratégia que nos leve ao encontro das necessidades do público-alvo, onde se incluem os jogos. Foi aqui que se fixou a nossa preocupação: planejar um instrumento de formação inovador para adultos, promovendo a reflexão e o aprofundar de conhecimentos sobre família.

Este capítulo, que apresenta o primeiro estudo, descreve as etapas da construção, o teste e a validação do jogo (figura 7).

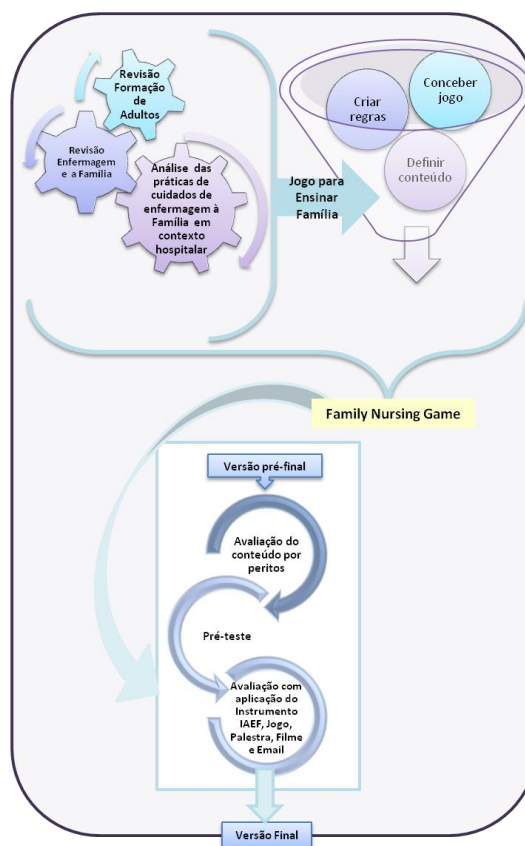


Figura 7: Desenho do primeiro estudo

Pelo que nos questionámos:

- Será que a construção de um jogo é válida para ensinar *família*?
- Será que um jogo motiva os enfermeiros a participarem na formação?
- Será que um jogo é mais bem avaliado pelos enfermeiros do que por outras estratégias formativas?
- Serão os conteúdos do jogo adequados para ensinar enfermagem de família?

4.1. Sobre as variáveis e instrumentos

A passagem da teoria à verificação implica a medida de conceitos por meio de indicadores, o que se traduz na medida (Durand & Blais, 2003). As variáveis devem ser definidas de forma operacional, com vista a permitir a sua medição. A escolha dos métodos de colheita de dados vai depender desta operacionalização (Fortin, 2009). A explicitação das variáveis e, por conseguinte, a escolha dos instrumentos de colheita de dados constituem um passo importante do investigador que procuramos descrever nesta etapa. De seguida, são descritas as variáveis em estudo, assim como a forma como foram operacionalizadas. Consequente à finalidade desta investigação, procura-se conhecer a perceção do jogo (variável independente):

Variáveis para caracterizar os participantes

O primeiro grupo de variáveis (Tabela 3) descreve os participantes em estudo, nomeadamente o seu perfil profissional no cuidado à família.

Conceito	Indicador
• Gênero	Masculino; Feminino
• Idade	Anos de vida
• Grau acadêmico	Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutorado
• Categoria profissional	Enfermeiro; Enfermeiro especialista; Enfermeiro Chefe
• Tempo de exercício profissional	Anos
• Formação em Enfermagem de Família	Contexto Acadêmico; Formação contínua; Outros contextos; Autoformação

Tabela 3: Operacionalização da caracterização dos participantes

Variáveis relacionadas com as estratégias formativas

Na Tabela 4, surgem as diferentes estratégias formativas utilizadas em simultâneo com o jogo: o email, filme e palestra.

Conceito	Indicador
• Email	Discordo Fortemente, Discordo; Indiferente; Concordo; Concordo Fortemente
• Filme	Discordo Fortemente, Discordo; Indiferente; Concordo; Concordo Fortemente
• Palestra	Discordo Fortemente, Discordo; Indiferente; Concordo; Concordo Fortemente

Tabela 4: Operacionalização das estratégias de formação

Variáveis relacionadas com a avaliação das estratégias formativas

Na Tabela 5, surge a variável associada à avaliação da aplicação das estratégias formativas.

Conceito	Indicador
• Instrumento de avaliação da estratégia de formação (IAEF),	Discordo Fortemente, Discordo; Indiferente; Concordo; Concordo Fortemente

Tabela 5: Operacionalização da avaliação das estratégias formativas

Instrumentos

Neste momento de investigação, foi utilizado um Instrumento de Avaliação de Estratégias de Formação (IAEF) (Fernandes, Martins, & Gomes, 2014). Este instrumento, desenvolvido pelas autoras, é um questionário, de autopreenchimento testado para a formação de adultos, do qual constam 20 afirmações, com escalas de likert de 1 a 5. O Instrumento de Avaliação de Estratégias de Formação incorpora três dimensões: avaliação da satisfação,

avaliação sobre os resultados e avaliação sobre o procedimento, apresentando uma elevada consistência interna com um alfa de Cronbach de 0,952. O seu preenchimento pode obter uma classificação de 20 a 100.

Em qualquer percurso de investigação, algumas questões morais e éticas são colocadas ao investigador. O teste do jogo foi integrado num projeto mais abrangente denominado de “Conceções e práticas dos enfermeiros em unidades de internamento”, tendo o instrumento de avaliação das estratégias de formação sido integrado no questionário do estudo realizado por Alves (2011). Foi solicitada autorização à direção de enfermagem e comissão de ética da respetiva instituição. O envolvimento nesta pesquisa não colocou nenhum elemento em desvantagem, nem provocou exposição a algum dano.

4.2. Contexto e participantes

Para a avaliação do conteúdo do jogo, foi solicitada colaboração a um conjunto de profissionais considerados peritos no âmbito da enfermagem à família. Foi remetido, via correio eletrónico, um questionário eletrónico sobre algumas questões do jogo, ao qual responderam 37 peritos (tabela 6).

Área	n	%
Ensino	8	21.6
Gestão	3	8.1
Prestação de cuidados em contexto hospitalar	23	62.2
Prestação de cuidados no âmbito da comunidade	2	5.4
Estudante (bolseiro)	1	2.7
Total	37	100.0

Tabela 6: Área de atividade profissional dos peritos

sua maioria na prestação de cuidados em contexto hospitalar (62.2%, ou seja, 23 enfermeiros), seguindo-se o Ensino (21.6%, ou 8 enfermeiros) e a Gestão (8.1%, ou 3 enfermeiros).

No que se refere ao teste do jogo, este foi realizado num Hospital Central do Norte do País, abrangendo os serviços de Medicina. Conforme já referido, este percurso foi integrado no trabalho realizado por Alves (2011). A autora recorreu a uma amostragem não probabilística intencional, incorporando 85 participantes, que se encontram em exercício na prática direta dos cuidados, numa população total de cerca de 115 enfermeiros (73.9%) de dois serviços de Medicina.

A caracterização deste grupo de participantes é apresentada com menor profundidade por ter sido apenas um contexto para teste do instrumento. É uma amostra composta, na sua maioria, por enfermeiros do sexo feminino (76.5%), com uma idade média de 30.6 anos. O grupo mais representativo é composto pelos enfermeiros que detêm entre 31 e 35 anos de idade (17.6%). (Tabela 7)

Variáveis	n (%)
Sexo	
Masculino	20 (23.5)
Feminino	65 (76.5)
Idade	
≤ 25	6 (7.1)
26 – 30	48 (56.5)
31 – 35	15 (17.6)
36 – 40	8 (9.4)
≥ 41	8 (9.4)
Total	85

Tabela 7: Caracterização dos participantes do Hospital para teste do jogo

No que se refere à experiência profissional, a média é de 7.69 anos, variando entre 1 e 25 anos. Cerca de 88.2 % são enfermeiros generalistas e 11.8% são especialistas.

No âmbito das habilitações académicas, 84 destes participantes são licenciados, apenas um elemento possui o mestrado. Ainda relativamente à formação, e, no contexto específico da Enfermagem de Família, salienta-se que 41.0% dos participantes referem nunca terem tido formação nesta área.

4.3. O Family Nursing Game®

A grande complexidade surge no sentido de como criar um momento de formação, facilitador da aprendizagem, que motivasse os profissionais de enfermagem na procura de um conhecimento específico sobre família. A pesquisa realizada leva-nos à utilização e criação de um jogo de tabuleiro que denominamos de “Family Nursing Game®”. A construção deste instrumento pedagógico foi orientada pelas etapas apresentadas por Jaffe (2011).

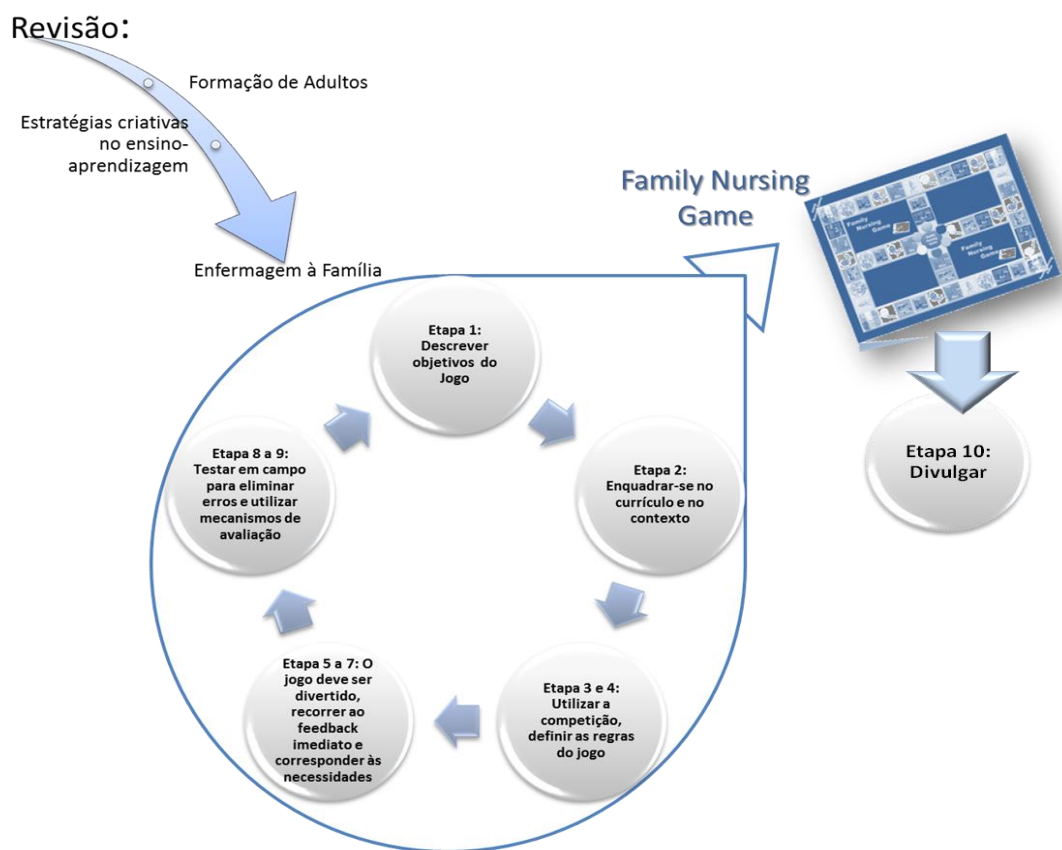


Figura 8: Etapas da concepção do jogo adaptado de Jaffe (2011)

Na etapa anterior à concepção do jogo, procedeu-se à revisão das estratégias de ensino/aprendizagem, na procura de meios análogos para aplicabilidade

em formação de adultos. Também objeto de revisão foram os conteúdos sobre enfermagem à família, nomeadamente conceitos sobre família, funções, processo familiar, instrumentos de avaliação e intervenção familiar, com observância do modelo de avaliação e intervenção familiar de Calgary (2009). Muitos autores têm descrito a metodologia para a construção de um jogo para formação, enquanto Jaffe (2011) as agrupou nas etapas mencionadas na figura 8.

Etapa 1: Descrever objetivos específicos do jogo.

Os jogos devem ser integrados na estratégia educativa em geral. Não podem surgir do nada, apenas para serem diferentes, ou não terão nenhum efeito sobre os resultados. Ao desenvolver um jogo, o formador deve determinar o conteúdo, a problemática e objetivos (Jaffe, 2011).

Os objetivos do jogo consistiam: em relembrar o conhecimento sobre os processos de desenvolvimento da família ao longo do ciclo vital; desenvolver a capacidade de avaliação e intervenção familiar; observar a família pelo seu carácter único, e numa perspetiva sistémica; compreender as interferências da família no processo de saúde/doença e refletir sobre uma prática de parceria com as famílias.

Etapa 2: Enquadrar-se no currículo e no contexto:

Henderson (2005) salienta que é importante questionar se o jogo ajuda na aprendizagem de conceitos e desenvolvimento de competências, que sejam relevantes para a prática de enfermagem. Para aplicação do jogo, foram integrados enfermeiros de diferentes contextos de prestação de cuidados num meio hospitalar. Isto, porque, tal como refere Wright & Leahey (2009) *“Em qualquer ambiente da prática clínica é útil que as enfermeiras adotem uma estrutura conceptual clara ou um mapa de família (Wright & Leahey, 2009, p. 3).”*

Etapa 3: Utilizar a competição

O jogo deve ser um desafio que desperte nos formandos o interesse e a motivação para participar (Henderson, 2005). Normalmente, os jogos têm vencedores. No jogo, mesmo os perdedores devem sentir que a experiência foi agradável. É possível para a um aluno competir contra si mesmo (Henderson, 2005).

O Family Nursing Game® (Fernandes & Martins, 2011) é um jogo de tabuleiro em que o progresso é determinado pela capacidade de resposta do jogador/equipa às questões sobre conteúdos referentes à *Família*. Cada equipa recebe um tapete com a foto de um tipo de família, associada à cor da sua equipa, a qual deverá adquirir as peças correspondentes para o completar. Os vencedores são a primeira equipa a adquirir as seis peças do puzzle atribuído.

Etapa 4: Definir as regras do jogo.

Algumas questões devem ser equacionadas nesta fase: qual o formato do jogo; como se realiza o desafio; número de jogadores; tempo de jogo; regras (Jaffe, 2011). Os cartões do jogo foram organizados em seis temas. Na aplicação do jogo podem ser envolvidos grupos até 30 jogadores, distribuídos por seis equipas com coletes de cores específicas: Laranja, amarelo, verde, azul, rosa e castanho. Os cartões poderão adquirir níveis de complexidade distintos, consoante a população a que se destinam (Exemplo: nível I iniciado, nível II principiante avançado, Nível III perito). As regras do jogo encontram-se especificadas na figura 9.

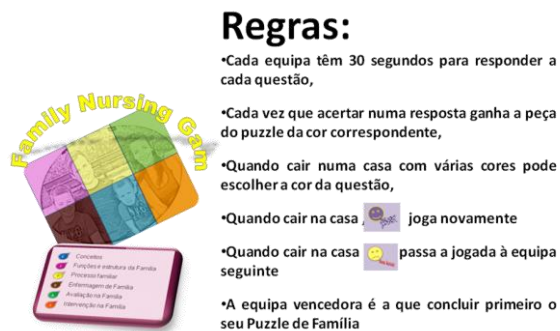


Figura 9: Regras do Family Nursing Game

O jogo é composto por um tabuleiro retangular de cartão, com 50x30cm, coberto com estrutura magnética para facilitar aderência dos peões (figura 10).



Figura 10. Tabuleiro do Family Nursing Game

Possui um conjunto de cartões com perguntas e respostas, distribuídas por seis temas relacionados com a enfermagem e a família, assim: conceitos, família, processo familiar, enfermagem de família, avaliação e intervenção na família. Possuí, ainda, um outro conjunto de 36 Cartões com seis cores distintas formando seis imagens.

Cada equipa recebe um dos seis tapetes existentes, com uma imagem correspondente a cada conjunto: (Todas as fotos utilizadas são da autoria do autor) Amarelo: Família nuclear, Rosa: Família monoparental, Castanho: Família reconstituída, Laranja: Família em ninho vazio, Azul: Família alargada, Verde: Família unipessoal. De forma a facilitar a visualização, o agrupamento e a mistura dos elementos que compõe as equipas, são

utilizados coletes das seis cores respectivas. As peças do jogo integram também, seis peões, com ímã, das seis cores correspondentes às famílias em jogo, um dado e uma ampulheta (figura 11).



Figura 11. Peças do jogo

De seguida, conclui-se esta etapa 4, de forma a explicitar como se concretiza o jogo (figura 12).



Figura 12. Jogar o Family Nursing Game

O trajeto a percorrer pelos peões está dividido em frações (casas), desde o início até ao fim. Numa primeira fase, os peões são colocados na zona central do tabuleiro. A primeira equipa lança o dado e desloca o seu peão, avançando tantas casas, quantas as correspondentes ao número de marcas (pintas) inscritas na face (voltada para cima) do cubo, podendo deslocar-se em qualquer sentido. De acordo com a casa em que o peão é pausado, a equipa é confrontada com uma das questões associadas. Se responder acertadamente, adquire a peça do puzzle correspondente à cor da casa em

questão e pode continuar a jogar até perder; se errar, passa a vez à equipa seguinte.

Etapa 5: O jogo deve ser divertido

O jogo deve ser divertido, proporcionando prazer e diversão (Henderson, 2005), incentivando os jogadores a "*rir com*", em oposição, a "*rir de*" uns dos outros (Jaffe, 2011). A aplicação do jogo permitiu evidenciar estas características.

Etapa 6: Recorrer ao feedback imediato dos participantes

A metodologia adotada permitiu um feedback imediato de alguns dos participantes, de onde se salienta a motivação, interação no grupo, reflexão, e agente facilitador da aprendizagem (Fernandes & Martins, 2011).

Etapa 7: Corresponder às necessidades dos participantes.

O planeamento de uma estratégia educativa deve ir ao encontro da população-alvo, incluindo, entre outras, a idade, cultura, etnia, atividade, nível socioeconómico, contexto social, nível académico (Deyoung, 2009). Neste âmbito, foi equacionada a adequação às componentes, considerando, ser uma população de adultos, com experiências diversas, serem enfermeiros e os respetivos estudos referirem terem maior propensão para atividade cinestésica (Hodges, 2008; Boctor, 2013).

Etapa 8: Testar em campo para eliminar

O jogo necessita de ser testado, criticado e, eventualmente ser revisto (Jaffe, 2011). Neste âmbito, recorreu-se a duas estratégias para dar resposta a esta etapa: a validação das questões junto de alguns peritos e o teste do jogo.

Na criação de um jogo, deve ser analisado o valor do mesmo, avaliando a sua validade, fiabilidade e utilidade. (Henderson, 2005). A **validade** deve permitir demonstrar que os indicadores usados traduzem os conceitos utilizados (Durand & Blais, 2003). A validade de conteúdo indica que o jogo tem os elementos para os quais foi construído (Henderson, 2005). Para avaliar, baseamo-nos na percentagem de acordos entre peritos que examinaram o conteúdo do instrumento (Fortin, 2009). Na utilização do jogo, existem desvantagens, como acontece com qualquer estratégia de ensino, incluindo o facto de a escrita de boas perguntas de jogo ser considerado como tão exigente como escrever perguntas para um questionário (Boctor, 2013).

Conforme referido anteriormente, foram enviadas por questionário eletrónico as questões do jogo para serem avaliadas por peritos em enfermagem à família, tendo 37 pessoas respondido ao questionário.

Na tabela 8, apenas são apresentadas as questões do jogo que não obtiveram 100% de concordância dos peritos. No entanto, através da referida tabela, observa-se claramente que a percentagem de respostas “Concordo” está muito próximo dos 100%.

Questão	Frequência (%)			
	Discorda	Concorda	Sugestão	Total
Qual a primeira etapa da entrevista à família?	10.8	89.2	0.0	100.0
Defina Enfermagem de Família	0.0	97.3	2.7	100.0
Em que se centra a família como sistema?	8.1	91.9	0.0	100.0
Cada posição dentro da família comporta uma série de papeis. Identifique um.	2.7	97.3	0.0	100.0
O modelo de Calgary de Avaliação da Família é uma estrutura multidimensional composta por três categorias, quais?	2.7	94.6	2.7	100.0
As Intervenções no âmbito do domínio comportamental do funcionamento familiar, referem-se aquelas que oferecem novas, informações. Comente.	8.1	91.9	0.0	100.0
Porquê ensinar enfermagem de família a enfermeiros? Descreva uma razão.	2.7	97.3	0.0	100.0
O que significa processo Familiar?	5.4	91.9	2.7	100.0
A intervenção de enfermagem na família pode ser diversa ao longo do ciclo vital. Descreva uma intervenção na “formação de um novo casal”.	5.4	94.6	0.0	100.0
Descreva a diferença entre a família como contexto e a família como sistema.	2.7	97.3	0.0	100.0
Identifique uma das funções da família na sociedade.	2.7	97.3	0.0	100.0
Identifique dois ingredientes chave numa entrevista à família em 20 minutos.	5.4	94.6	0.0	100.0
Descreva uma contra-indicação para intervir na família.	5.4	94.6	0.0	100.0
O que mais distingue as famílias é a estrutura. Comente.	5.4	94.6	0.0	100.0
Os Genogramas e os ecomapas apenas devem ser usados em famílias, se o enfermeiro estiver a trabalhar com todo o grupo. Comente.	2.7	97.3	0.0	100.0

Na intervenção familiar qual a finalidade das perguntas circulares?	2.7	97.3	0.0	100.0
Quando a enfermeira na sua intervenção toma por foco de acção exclusiva o ensino ao prestador de cuidados com vista ao regresso a casa. A que nível decorre esta intervenção?	2.7	94.6	2.7	100.0
Qual o papel na família que é frequentemente o primeiro a ser deixado para trás quando a família está sob stress ?	2.7	97.3	0.0	100.0
A morte de um dos conjugues é um acontecimento normativo que pode despoletar transições difíceis em famílias idosas. Defina a intervenção de enfermagem a este nível.	5.4	94.6	0.0	100.0
Quando a enfermeira nas perguntas terapêuticas "O que a ajudou mais em situações anteriores? O que a prejudicou mais em situações anteriores?" - O que possibilita?	8.1	89.2	0.0	100.0
Os comportamentos da família são mais bem compreendidos sob um ponto de vista de causalidade circular e não linear. Explique porquê.	2.7	97.3	0.0	100.0
Descreva os limites rígidos num subsistema familiar.	2.7	94.6	2.7	100.0
Quando a enfermeira na sua intervenção com a família, trabalha o todo, não dando soluções ajudando a família a reorganizar-se. A que nível decorre esta intervenção?	2.7	94.6	2.7	100.0
Os enfermeiros não necessitam de formação sobre famílias porque têm experiências pessoais com as suas próprias famílias. Comente.	8.1	91.9	0.0	100.0

Tabela 8: Grau de concordância do questionário aos peritos

No que se refere à **fiabilidade** do jogo, se um jogo é para ser visto como confiável, ele deve produzir resultados previsíveis. Os resultados podem não ser os mesmos para os diferentes grupos, mas eles devem ser consistentes e previsíveis (Henderson, 2005). Geralmente, esta verificação faz-se antes da colheita dos dados, num pré-teste (Durand & Blais, 2003).

O Family Nursing Game® foi testado no primeiro contexto, junto de 85 participantes, a par com outras estratégias formativas, designadamente, a palestra, o filme e o email.

Do resultado **da etapa 8**, foram realizadas revisões às questões do jogo, identificando o tamanho adequado do grupo, de modo a não colidir com os objetivos da estratégia. Conforme referem alguns autores, as restrições a pequenos grupos podem ser vistas como desvantagens à utilização de jogos (Deyoung, 2009; Herrman, 2008; Boctor, 2013).

Desta etapa, foi ainda possível identificar o jogo como instrumento útil para diagnóstico, formação e revisão. Conforme referem Baid e Lambert (2010) os jogos de estilo questionário podem ser benéficos para uma avaliação formativa, para se ver se os formandos atingiram os objetivos da aprendizagem, ou necessitam de mais ensino numa determinada área.

Etapa 9: Utilizar um mecanismo de avaliação.

Os jogos devem ser cuidadosamente planeados, devendo incluir tempo para recolher opiniões (Baid & Lambert, 2010). A avaliação é uma fase importante de qualquer processo formativo (Massingue, 2011). Como mecanismo de avaliação foi aplicado o Instrumento de avaliação das Estratégias de Formação (IAEF), no âmbito do estudo realizado por Alves (2011).

Dos 85 enfermeiros do serviço, que responderam aos questionários, 21.2% participaram no Email; 40% no filme; 55.3% na formação formal em sala e 68.2% no jogo (Tabela 9).

Estratégia	N	%
Jogo	58	68,2
Palestra	47	55,3
Filme	34	40
Email	18	21,2

Tabela 9: Participação dos enfermeiros nas estratégias

Sobre a avaliação das estratégias de formação (gráfico 1) numa pontuação de 20 a 100, destaca-se que, em média, o jogo obteve uma classificação de 81.4, seguindo-se a formação em sala 80.5, depois o filme com 73.9 e, por último, o email com 64.2.

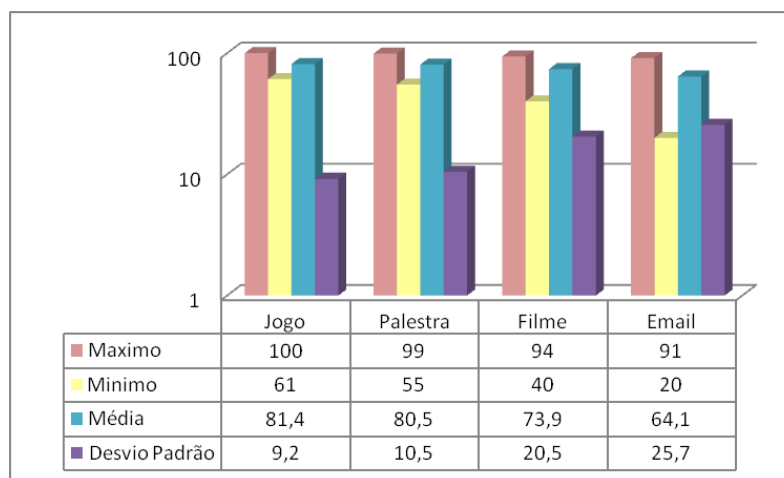


Gráfico 1: Avaliação das estratégias

Conforme se observa no gráfico 1, o desvio padrão assume menor valor, quando associado ao jogo, refletindo uma menor variabilidade dos valores; por outro lado, observa-se sempre valores positivos no jogo e na formação, o que não acontece no filme e no email. Dos resultados, salienta-se que o jogo foi a estratégia mais procurada e mais bem avaliada.

Etapas 10: Divulgação do Jogo

Quando se utilizam estratégias ativas, como os jogos, são necessárias mais pesquisas em relação aos resultados de aprendizagem (Boctor, 2013). Além de ser benéfico para a comunidade científica, importa que esse conhecimento seja divulgado (Jaffe, 2011).

O Family Nursing Game®, desde a sua concretização, tem sido divulgado e utilizado em diversos contextos. Do Brasil aos Estados Unidos, passando por Espanha e pela França, do contexto hospitalar à rede de cuidados continuados integrados, as primeiras páginas deste relatório explicitam a divulgação realizada a este nível.

Este capítulo da investigação, que designamos como “*Construir uma estratégia formativa – Um Jogo*”, descreveu as diferentes etapas realizadas no desenvolvimento de um jogo de tabuleiro (Fernandes, Martins, & Gomes, 2013), respetiva validação e avaliação, suportando a possibilidade de incluir o jogo na intervenção para ensinar *família*.

O que nos permite concluir deste primeiro momento, é que a construção de um jogo é válida para ensinar família, os conteúdos do jogo são adequados para ensinar enfermagem à família, os enfermeiros sentiram-se motivados (Fernandes & Martins, 2011). O jogo é mais bem avaliado pelos enfermeiros relativamente a outras estratégias formativas (Fernandes, Martins, & Takase, 2014).

5. O “ANTES” E O “DEPOIS” DO JOGO

Ao longo deste capítulo, correspondendo ao segundo estudo de investigação, é avaliado o impacto da formação na abordagem à família, cientes da complexidade e magnitude da avaliação das mudanças decorrentes dos efeitos formativos (Menoita, 2011). *“Para que haja formação tem de haver modificação na forma de pensar e/ou de agir dos indivíduos”* (Dias, 2004, p. 24). Numa revisão sistemática realizada por Blakely, Skirton, Cooper, Allum, & Nemes (2008), sobre a utilização de jogos em práticas formativas, foram detetados poucos dados sobre o impacto, a médio, ou longo prazo, de jogos no desempenho de profissionais de saúde, aspeto esse recomendado pelos autores em futuros estudos.

No seguimento destes autores, e conforme referido no capítulo do trabalho de campo, surgem as seguintes questões:

- Como é avaliada pelos enfermeiros a utilização do “Family Nursing Game” como estratégia de ensino?
- Será que o “Family Nursing Game” é mais bem avaliado pelos enfermeiros do que outras estratégias formativas?
- Que impacto tem nas atitudes dos enfermeiros para com as famílias, a aplicação do Jogo “Family Nursing Game”?
- Que impacto tem nos conflitos dos enfermeiros com a família, a aplicação do “Family Nursing Game”?
- Quais as alterações produzidas na informação documentada pelos enfermeiros sobre a assistência às famílias, antes e depois do Jogo “Family Nursing Game”?
- Serão, os contextos de cuidados, diferentes nas práticas de cuidados à família?

O tipo de estudo surge como resposta ao problema de investigação, enquadrando-se, neste caso, num estudo quase experimental porque se pretende avaliar o impacto da aplicação de um jogo na abordagem à família em contexto hospitalar (Figura 13).

Os estudos quase experimentais aproximam-se dos estudos experimentais, mas distinguem-se deles pelo facto de não respeitarem todas as condições quer de seleção de participantes quer do controlo de variáveis (Vilelas, 2009). São usados em situações naturais onde é muito difícil respeitar as exigências da verdadeira experimentação. Segundo Polit, Beck, & Hungler, (2004) este insere-se num estudo quase-experimental do tipo “Delineamento de série de tempo”. No desenho antes e após, foi avaliado um só grupo de sujeitos antes e após a intervenção de modo a observar as mudanças ocorridas.

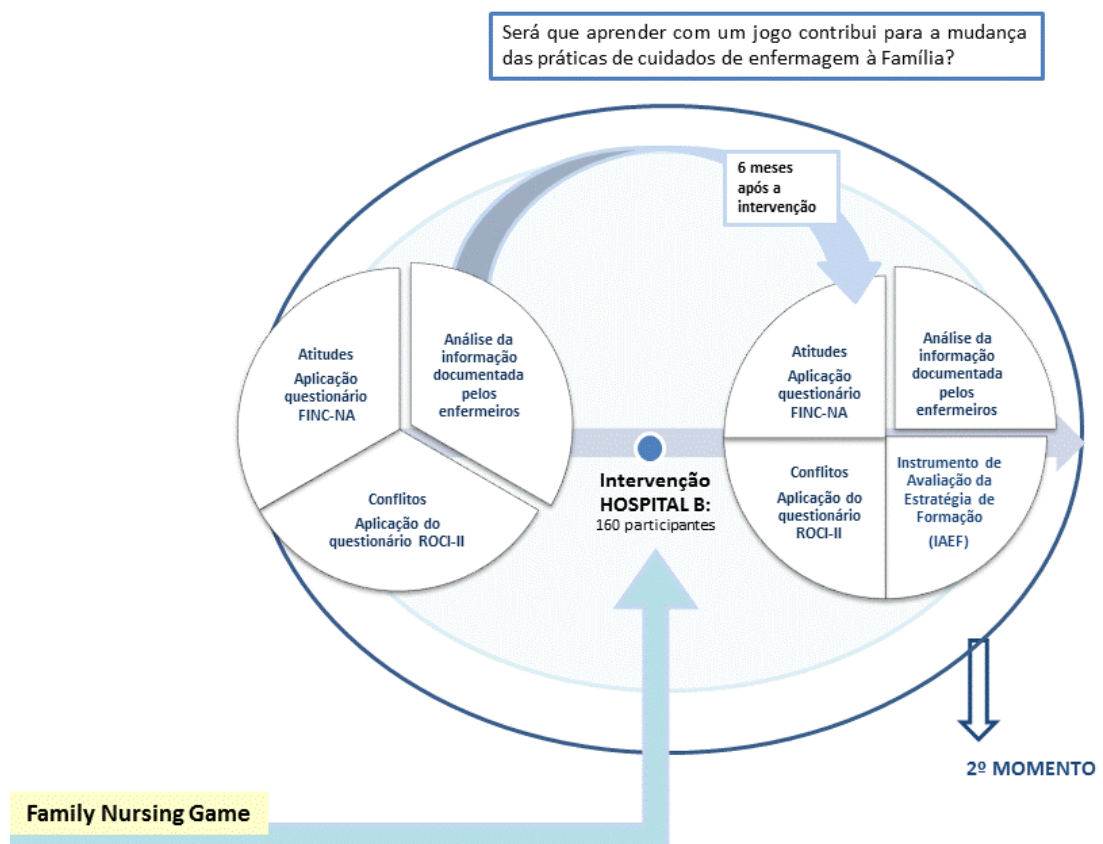


Figura 13: Desenho do segundo estudo

Ao longo deste segundo estudo, é nosso objetivo avaliar: a percepção dos enfermeiros sobre a utilização do “Family Nursing Game”®; o impacto nas atitudes, nos conflitos dos enfermeiros para com as famílias e na documentação de cuidados.

5.1. Sobre as variáveis e Instrumentos de medida

Esta etapa consiste em determinar a forma como os conceitos vão ser medidos, como serão operacionalizados, e convertidos em expressões quantificáveis e mensuráveis (Fortin, 2009). Segundo Durand & Blais “*há um outro termo utilizado em investigação , o de variável, cujo termo emprega-se por oposição ao termo «constante» para indicar qualquer característica suscetível de variar entre as unidades* (2003, p. 179).”

Consequente à finalidade desta investigação, procura-se conhecer o resultado da intervenção, ou seja, do jogo: **Family Nursing Game**. (variável independente). De seguida, são descritas as variáveis em estudo, bem assim, a forma como foram operacionalizadas.

Variáveis para caracterizar os participantes

O primeiro grupo de variáveis (Tabela 10) descreve os participantes em estudo, nomeadamente no seu perfil profissional no cuidado à família.

Conceito	Indicador
• Género	Masculino; Feminino
• Idade	Anos de vida
• Grau académico	Bacharelato; Licenciatura; Mestrado; Doutorado
• Categoria profissional	Enfermeiro; Enfermeiro especialista; Enfermeiro Chefe
• Tempo de exercício profissional na prestação de cuidados	Anos
• Tempo de exercício profissional na prestação de cuidados no atual serviço	Anos

• Formação em Enfermagem de Família	Contexto Acadêmico; Formação contínua; Outros contextos; Auto – formação
• Serviços	Cirurgia; Ortopedia; Consulta Externa; Unidade Cirúrgica de Ambulatório; Bloco operatório; Medicina; Urgência geral; Urgência pediátrica, Obstetrícia/Ginecologia; consulta externa.
• Metodologia de Trabalho	Método funcional; Método de cuidados globais; Método de enfermeiro de referência; Outro método
• Recurso a diagnósticos/intervenções na família na prática	Sim; não
• Vivência de algum Familiar internado	Sim; não

Tabela 10: Operacionalização da caracterização dos participantes

Variáveis relacionadas com a estratégia formativa

Na tabela 11, surgem as diferentes estratégias formativas utilizadas ao longo do percurso, no hospital A: o jogo, email, filme e palestra. No hospital B, foi utilizado o Jogo, Filme e Palestra, tendo sido abandonado o email pela fraca adesão no primeiro estudo.

Conceito	Indicador
• Filme	Discordo Fortemente, Discordo; Indiferente; Concordo; Concordo Fortemente
• Palestra	Discordo Fortemente, Discordo; Indiferente; Concordo; Concordo Fortemente

Tabela 11: Operacionalização das estratégias de formação

Variáveis relacionadas com avaliação da estratégia formativa

Na Tabela 12, surgem as variáveis associadas à avaliação das estratégias formativas.

Conceito	Indicador
• Instrumento de avaliação da estratégia de formação (IAEF),	Discordo Fortemente, Discordo; Indiferente; Concordo; Concordo Fortemente

Tabela 12: Operacionalização da avaliação das estratégias formativas

Variáveis relacionadas com o impacto da estratégia formativa

Na Tabela 13 surge o grupo de variáveis associadas ao impacto da aplicação da intervenção.

Conceito	Indicador
• A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)	Discordo completamente, discordo, Concordo, Concordo completamente
• ROCI-II Rahim Organizacional Conflict Inventory	Discordo Fortemente, Discordo, Indiferente, Concordo, Concordo Fortemente
• Análise da informação documentada pelos enfermeiros	Modelo de Calgary da avaliação da família: Estrutural: interna, externa, contexto, De desenvolvimento: Estágios, Tarefas; Vínculos Funcional: Instrumental, Expressiva Modelo de Calgary de intervenção na família: Intervenção cognitiva, afetiva e comportamental

Tabela 13 Operacionalização da avaliação do impacto da formação

Nesta etapa, surge a necessidade de justificar a escolha dos instrumentos de recolha de dados. Conforme refere Vilelas (2009), uma vez elaborados os elementos teóricos e definido o tipo de estudo, é necessário escolher as técnicas de recolha de dados que nos permitam obter os dados da realidade. A escolha dos instrumentos resume as aproximações do marco teórico ao fenómeno que se pretende estudar. Quando se trata de descrever as relações entre variáveis, geralmente aplicam-se escalas de medida, nomeadamente para procurar relações causais. Os questionários, as escalas de medida e as observações estruturadas são os métodos de recolha indicados (Fortin, 2009).

Os dados foram recolhidos ao longo da investigação, utilizando-se, para o efeito, o questionário e a informação documentada pelos enfermeiros.

“A Importância das Famílias nos Cuidados de Enfermagem-Atitudes dos Enfermeiros (IFCE-AE). Este instrumento foi originalmente desenvolvido na Suécia para medir as atitudes dos enfermeiros de diversos contextos, nomeadamente hospitalar, para a importância das famílias nos cuidados de enfermagem, intitulado de *“Families’ Importance in Nursing*

Care–Nurses’ Attitudes (FINC-NA)(Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008).”

A escala é composta por 26 itens e foi traduzida e validada para a população portuguesa (Oliveira P. , et al., 2011). A escala original “Families’Importance in Nursing Care- Nurses Attitudes (FINC-NA), é composta por 26 itens, com quatro dimensões: a família como um recurso nos cuidados de enfermagem (10 itens), a família como parceiro dialogante (8 itens); a família como fardo (4 itens) e família como próprio recurso (4 itens) (Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008). Na tradução e validação da escala para português, realizaram-se algumas alterações, designadamente no que respeita às dimensões. O IFCE-AE foi categorizado apenas em três dimensões: família como parceiro dialogante e recurso de coping (12 itens); família como recurso dos cuidados de enfermagem (10 itens) e família como um fardo (4 itens) (Oliveira P. , et al., 2011).

Quanto à validade do questionário, ou seja sobre a consistência interna e fiabilidade da sua utilização neste estudo, constata-se não ter sido construído para medir a variação do grau de concordância em cada atitude, mas sim para medição das respostas num determinado momento. Por este motivo, a análise da consistência interna e fiabilidade tem de ser encarada com alguma cautela. Para este efeito, utilizámos o coeficiente Alfa de Cronbach, cujo valor para a totalidade do questionário é de 0.655, o que é aceitável, e mostra uma razoável consistência interna do questionário. A escala original obteve um alfa de cronbach de 0.88 (Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008) , e 0.87 na versão portuguesa (Oliveira P. , et al., 2011).

Além disso, reforçando o supracitado, se tivermos em conta que estamos a medir a consistência interna da escala com a variação do grau de concordância, e não esse grau num determinado momento, que é o objetivo de construção do questionário, podemos afirmar que os resultados são de boa qualidade. Em conclusão, o questionário, na sua globalidade, revela

uma consistência interna aceitável, permitindo confiar nas conclusões e resultados extraídos.

“Rahim Organizacional Conflict Inventory” (ROCI-II) foi desenvolvida por Rahim & Magner (1995). Consiste numa escala com 28 itens, validada para a população Portuguesa por Cunha, Moreira, & Silva, em 2003. Conforme já referido anteriormente, a escala utilizada neste estudo foi o “O Rahim Organizational Conflict Inventory–II (ROCI–II). É uma escala composta por 28 itens, numa escala tipo Likert, que se distribuem por cinco dimensões e que se baseiam na conceptualização dos cinco estilos de gestão do conflito interpessoal: integração, evitação, dominação, servilismo e compromisso (Franque, 2006).

Cada um dos cinco estilos é avaliado por itens diferentes, sendo sete para o estilo integração (1,4,5,12,22,23,28) – a pontuação varia dos 7 aos 35 – seis para o estilo servilismo (2,10,11,13,19,24) – a pontuação varia de 6 a 30 – seis para o estilo evitação (3,6,16,17,26,27) – a pontuação varia de 6 a 30 – quatro para o estilo compromisso (7,14,15,20) – a pontuação varia de 5 a 20 – e cinco para o estilo dominação (8,9,18,21,25) – a pontuação varia de 5 a 25 (Claudino, 2012) .

A Integração é a estratégia que revela um elevado interesse próprio e pelos outros, ainda designada de colaboração, cooperação, orientação para soluções (Alves, 2011). É uma prática que implica a colaboração entre os atores, podendo conduzir a uma maior abertura às propostas do outro, à troca de informação e ao exame das diferenças existentes com vista a alcançar uma solução que satisfaça as necessidades de ambas as partes (Cunha, Moreira, & Silva, 2003).

O servilismo identifica-se por uma baixa preocupação por si mesmo, e uma elevada preocupação pelos outros. (Sousa, 2011) No entanto, quando a pessoa adota este estilo centra-se em enfatizar e destacar os aspetos comuns existentes entre as partes para procurar satisfazer o interesse do outro (Cunha, Moreira, & Silva, 2003).

A evitação revela-se através do baixo interesse por ambos os atores (Claudino, 2012), está associada, inevitavelmente, à retirada, ao fugir do problema ou à inação, adotando-se, por vezes, o adiamento do problema até um momento mais propício (Cunha, Moreira, & Silva, 2003).

O estilo compromisso também designado de estilo de motivos mistos, no qual as partes cedem sempre algo na sua posição para poder tomar uma decisão aceitável para ambas (Franque, 2006). Este estilo envolve a partilha ou o «toma lá, dá cá» (Cunha, Moreira, & Silva, 2003).

Por último, a dominação que apresenta a competição e o controle como atividades marcantes (Sousa, 2011). É um estilo identificado com uma orientação de competição, controlo, ganhar-perder, ou estilo soma zero. Estas pessoas procuram atingir os seus objetivos sem olhar a meios e, como consequência, ignoram frequentemente as necessidades e expectativas do seu oponente (Cunha, Moreira, & Silva, 2003).

Da análise da validade do questionário, ou seja, sobre a consistência interna e fiabilidade do questionário utilizado, embora este não tenha sido construído para medir a variação do grau de concordância em cada conflito, mas sim a medição num determinado momento. Por este motivo, a análise da consistência interna e fiabilidade tem de ser encarada com alguma cautela (tal como com a escala das atitudes). Para este efeito, o coeficiente Alfa de Cronbach, para a totalidade do questionário, é de 0.689, o que é aceitável e mostra uma razoável consistência interna do questionário. A escala na sua tradução para a versão portuguesa teve um alfa de Cronbach de 0,81 (Cunha, Moreira, & Silva, 2003).

Além disso, reforçando o supracitado, se tivermos em conta que estamos a medir a consistência interna da escala com a variação do grau de concordância e não esse grau num determinado momento, que é o objetivo de construção do questionário, podemos afirmar que os resultados são de boa qualidade (à semelhança da escala das atitudes).

Análise da informação documentada pelos enfermeiros, fazendo uso de uma linguagem classificada com os termos da CIPE® (Classificação Internacional para a Prática de Enfermagem) no SAPE® (Suporte de Apoio à Prática de Enfermagem). Segundo a Ordem dos enfermeiros *“A classificação internacional para a prática de enfermagem deve ser considerada um recurso e uma condição à construção de informação em saúde que inclua o volume de episódios, a respetiva dimensão e os resultados decorrentes das intervenções (2003).”* As componentes da CIPE®, Intervenções, diagnósticos e resultados de enfermagem, refletem a prática de enfermagem, traduzindo o que fazem os enfermeiros, em face de determinadas necessidades humanas, para produzir determinados resultados (ICN, 2005). Esta classificação encontra-se igualmente em suporte informático denominado de SAPE® (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Com a utilização do SAPE® é possível consultar os registos sobre as necessidades de saúde da Pessoa/família, naquele dado momento dos cuidados prestados e dos resultados obtidos, assim como fazer uma análise retrospectiva dessa documentação.

Instrumento de avaliação da estratégia de formação (IAEF), descrito no capítulo anterior. Este questionário consiste em 20 afirmações, com escalas de likert de 1 a 5, no que se refere à avaliação do procedimento qualidade, procedimento quantidade, resultados aquisições, resultados efeitos e resultados imagem, para cada uma das estratégias, podendo obter uma classificação de 20 a 100.

No hospital B, antes da intervenção foi aplicado um questionário integrando questões sobre os dados sociodemográficos e profissionais, a escala “A importância das famílias nos cuidados de enfermagem- atitudes dos enfermeiros” IFCE-AE e a aplicação da escala “Rahim Organizacional Conflict Inventory- ROCI-II”. Posteriormente, e após a intervenção, junto dos mesmos enfermeiros, foram aplicadas novamente, as escalas anteriores e o Instrumento de avaliação da estratégia de formação (IAEF). (Anexo I)

Refletindo sobre os fatores a considerar na escolha de um método de colheita de dados, nomeadamente questões de investigação, conhecimentos sobre as variáveis em estudo, instrumentos de medida existentes ou na eventualidade de os ter de construir, devem também ser considerados os aspetos éticos da investigação.

5.2. Considerações éticas

Em qualquer percurso de investigação, algumas questões morais e éticas são colocadas ao investigador. *“A realização de qualquer pesquisa implica por parte do investigador o levantamento de questões morais e éticas. A ética coloca problemas ao investigador, decorrentes das exigências morais que, em certas situações, podem entrar em conflito com o rigor da investigação (Vilelas, 2009, p. 371).”* A ética procura garantir os direitos e o bem-estar da sociedade e dos participantes (Crête, 2003). Segundo Fortin (2009) alguns princípios devem ser garantidos, o direito à autodeterminação, à intimidade; ao anonimato e à confidencialidade, o direito à proteção contra o desconforto e o prejuízo e a um tratamento justo e equitativo.

Na aplicação dos questionários, apenas foram integrados os enfermeiros que, voluntariamente integraram o estudo, de conformidade com a informação do seu consentimento. (Anexo II). O consentimento informado é um instrumento que considera que o sujeito quer ou não participar na pesquisa sem indução devida, nem qualquer elemento de força, engano, coerção, ou outras formas de sujeição ou coação (Vilelas, 2009). O envolvimento nesta pesquisa não colocou nenhum elemento em desvantagem, nem em exposição a qualquer dano.

No planeamento do trabalho de campo, foi dirigido um pedido de autorização ao Conselho de Administração da instituição, para desenvolver o projeto, o que foi autorizado. No que se refere à estratégia formativa, a mesma foi

integrada no plano de formação da instituição para todos os enfermeiros. No âmbito da aplicação dos questionários e da análise da informação documentada pelos enfermeiros, salienta-se o facto de este processo ter sido analisado e consequentemente autorizado pela comissão de ética da instituição. (Anexo III)

“A investigação por inquérito é uma intrusão na vida privada do cidadão que foi escolhido para participar na investigação e para responder a certas questões. O direito à vida privada é o direito que o indivíduo tem, de ele próprio, definir quando e em que condições os seus comportamentos, atitudes ou crenças podem ser públicos (Crête, 2003, p. 242).” “O investigador deve fazer todos os esforços para assegurar que a confidencialidade é uma promessa cumprida (Streubert & Carpenter, 2002, p. 43)”, de tal forma que ninguém, para além do investigador, deve conhecer a origem dos dados.

5.3. Contexto e participantes

Para o presente estudo, elegemos um hospital do Norte do País com menor dimensão, composto por uma lotação de 140 camas, abrangendo as seguintes serviços: Ortopedia, Cirurgia, Pediatria, Neonatologia, Obstetrícia, Ginecologia, Bloco Operatório, Consulta Externa e Urgência. A este nível convém salientar que, no serviço de obstetrícia e ginecologia e, a equipa de enfermagem é a mesma, assim como no caso da pediatria e neonatologia.

Participantes

A população para esta fase do estudo foi constituída por cerca de 217 enfermeiros, correspondendo à totalidade de enfermeiros que exercem funções nesse contexto hospitalar. De modo a obter uma maior representatividade desta população, foram considerados, como critérios de

inclusão, todos os enfermeiros que concordaram em integrar o estudo, assim como, todos os questionários em que foi possível associação entre o “Antes” e o “Depois”. Isto contextualiza-nos numa amostragem por conveniência, ou, também, denominado de acidental, em que se obtém os dados sem nenhum plano preconcebido, resultando das unidades escolhidas do produto das circunstâncias fortuitas (Vilelas, 2009). Os participantes, no total de 160, representam 73.7% da população.

A amostra, composta por 160 enfermeiros, assume uma forte predominância das enfermeiras (86.9%, ou seja, 139 enfermeiras). No que se refere à distribuição da idade, é ligeiramente assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0.13), o que significa que predominam as idades mais baixas (sendo a idade mínima de 23 anos) e intermédias. A partir de 45 anos, o número de enfermeiros vai diminuindo à medida que se considera um nível etário mais elevado, sendo 61 anos a idade máxima encontrada. (Tabela 14).

Coeficientes	Valor
Mínimo	23
Máximo	61
Média	38.6
1º Quartil	30
Mediana	38
3º Quartil	45.5
Coef. Assimetria	0.13
Desvio padrão	9.3
Coeficiente de variação	24.2%

Tabela 14: Representação da idade da amostra

O histograma (Gráfico 2) mostra, de facto, uma grande predominância das idades até 50 anos (e, em especial, até 45 anos), observando-se uma quebra significativa do número de enfermeiros a partir dessa idade, e muito poucos com idades superiores a 50 anos.

A idade média é 38.6 anos, muito próxima da mediana que é 38 anos, o 1º quartil é 30 anos, e o 3º quartil é 46 anos, o que mostra a grande concentração das idades até cerca de 50 anos e, mais ainda, até 45 anos.

Em resultado desta concentração, a dispersão é moderada ou mesmo um pouco fraca, refletida no valor do coeficiente de variação (apenas 24.4%).

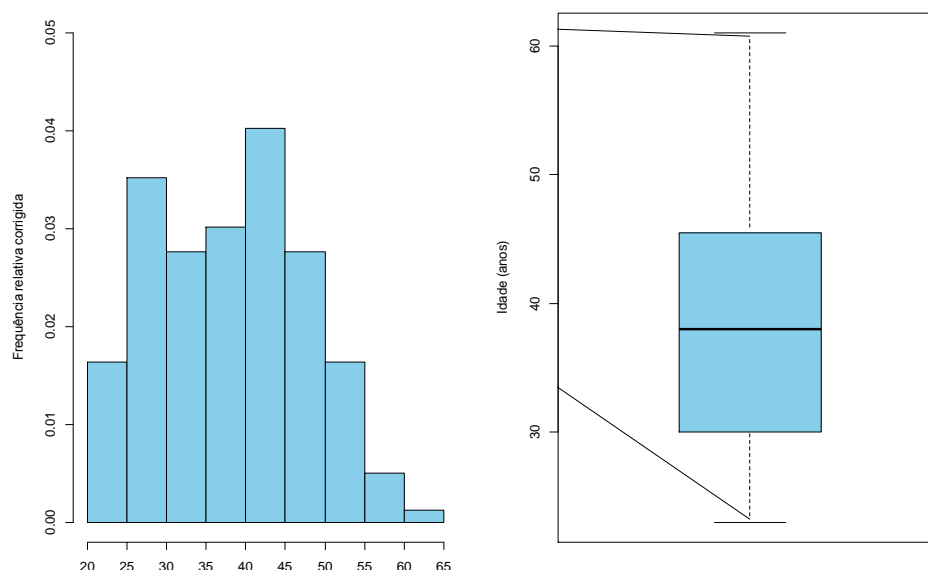


Gráfico 2: Representação gráfica da Idade da amostra

A quase totalidade dos enfermeiros (155 ou 96.9%) tem a Licenciatura, existindo apenas um enfermeiro com Bacharelato, quatro com Mestrado e nenhum com Doutorado. (Tabela 15).

Grau	N	%
Bacharelato	1	0.6
Licenciatura	155	96.9
Mestrado	2	2.5
Doutoramento	0	0.0
Total	160	100.0

Tabela 15: Representação do grau académico da amostra

No caso da categoria profissional, a maioria dos enfermeiros (110 ou 69%) tem a categoria de Enfermeiro, seguindo-se os Enfermeiros especialistas (44 ou 28%) e, por fim, os Enfermeiros-chefes (6 ou 4%) (Tabela 16).

Categoria	N	%
Enfermeiro	110	69.0
Enfermeiro especialista	44	28.0
Enfermeiro chefe	6	4.0
Total	160	100.0

Tabela 16: Representação da categoria profissional da amostra

A distribuição do tempo de experiência profissional é um pouco assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0.23), o que significa que predominam os tempos baixos e moderados (sendo o tempo mínimo de 1 ano) e que o número de enfermeiros diminui quando se consideram tempos elevados (existindo poucos enfermeiros com tempos superiores a 28 anos), sendo de 37 anos o tempo máximo encontrado (Tabela 17).

Coeficientes	Valor
Mínimo	1
Máximo	37
Média	16.2
1º Quartil	9
Mediana	16
3º Quartil	22
Coef. Assimetria	0.23
Desvio padrão	9.6
Coeficiente de variação	59.3%

Tabela 17: Representação da experiência profissional da amostra

O histograma (Gráfico 3) mostra, de facto, uma grande predominância dos tempos até 28 anos (e, em especial, até 20 anos), observando-se uma quebra muito forte do número de tempos a partir daí.

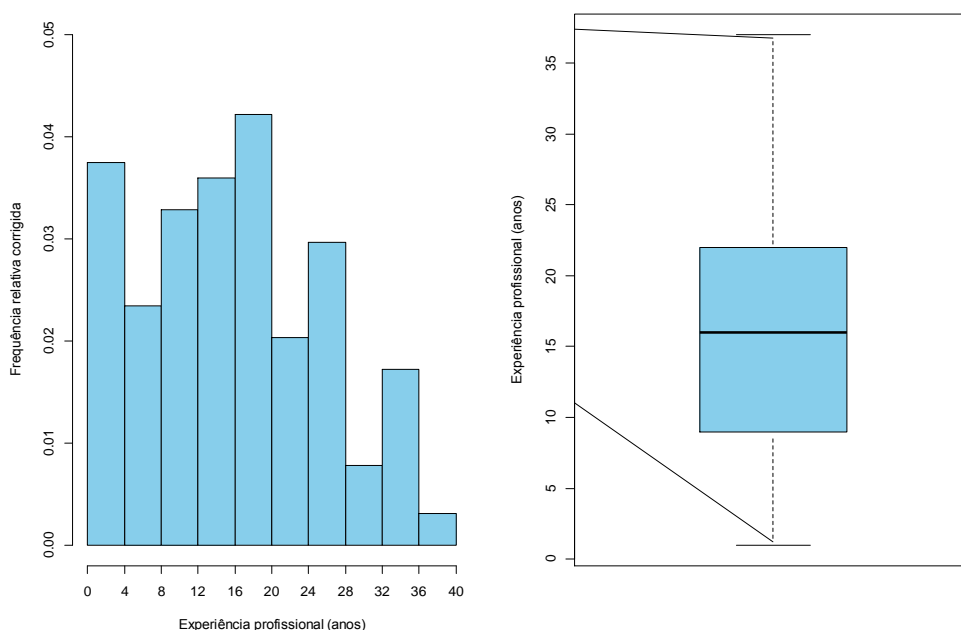


Gráfico 3: Representação da experiência profissional da amostra

O tempo médio é 16.2, quase coincidente com a mediana que é 16 anos. O 1º quartil é 9 anos e, no 3º quartil é 22 anos, o que mostra a predominância dos tempos até pouco mais de 20 anos. A existência de tempos substancialmente mais elevados, a par dos tempos muito mais baixos, leva a uma grande dispersão, refletida no coeficiente de variação (59.3%).

A distribuição do tempo de experiência profissional **no atual serviço** é fortemente assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0.79), o que significa que predominam os tempos baixos (sendo o tempo mínimo de 0 anos) e que o número de enfermeiros diminui à medida que se consideram tempos mais elevados (existindo muito poucos enfermeiros com tempos superiores a 16 anos), sendo de 30 anos o tempo máximo encontrado (Tabela 18).

Coeficientes	Valor
Mínimo	0
Máximo	30
Média	8.4
1º Quartil	2
Mediana	7
3º Quartil	13
Coef. Assimetria	0.79
Desvio padrão	7.3
Coeficiente de variação	86.2%

Tabela 18: Representação da experiência profissional no atual serviço

A caixa-de-bigodes (Gráfico 4) mostra, de facto, uma grande predominância dos tempos mais baixos, até 14 anos, observando-se mesmo uma quebra muito forte do número de tempos, logo a partir de 1 ano, e, novamente, a partir de 2 anos. Assim, o tempo médio é 8.4 e a mediana de 7. O 1º quartil é 2 anos e, no 3º quartil é 13 anos, o que mostra a predominância dos tempos até 13 ou 14 anos. Apesar da predominância dos tempos baixos, a existência de tempos muito mais elevados leva a uma grande dispersão, refletida no coeficiente de variação (86.2%).

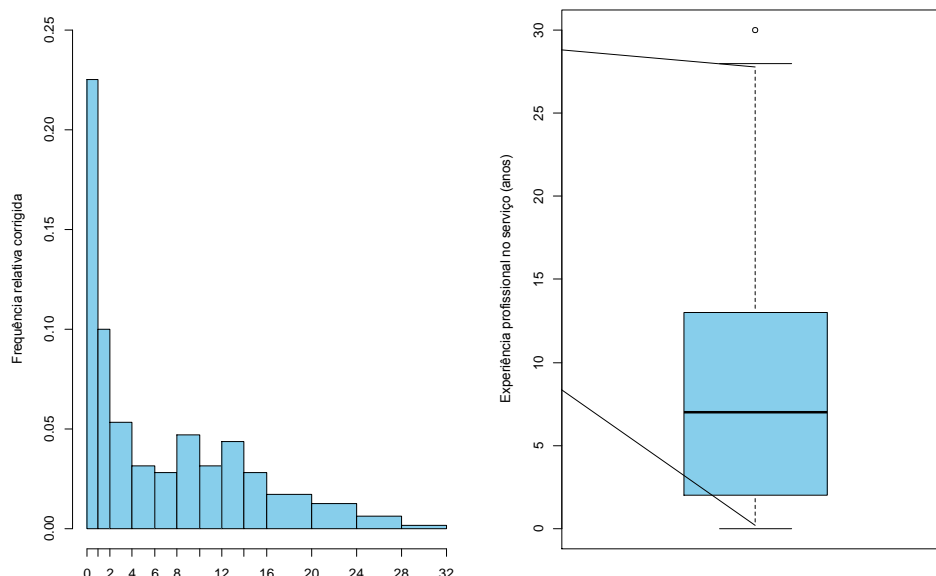


Gráfico 4: Representação gráfica da experiência profissional no atual serviço

No âmbito específico da formação em enfermagem de família, a maioria dos enfermeiros (59.4% ou 95 enfermeiros) afirmou não ter qualquer formação em enfermagem de família. A distribuição dos que tiveram alguma formação encontra-se no quadro seguinte, concluindo-se que a larga maioria a adquiriu em contexto académico, seguindo-se a formação contínua e a autoformação (ambas com muito pouca expressão) (Tabela 19).

Formação	N	%
Contexto académico	60	92.3
Formação contínua	3	4.6
Autoformação	2	3.1
Total	65	100.0

Tabela 19: Representação da formação em enfermagem de família da amostra

O quadro e o gráfico seguinte mostram a distribuição do local de trabalho, registando-se 12 serviços diferentes e destacando-se o Bloco operatório, a Cirurgia, a Medicina homens, a Ortopedia, a Obstetrícia e a Pediatria (Gráfico 5).

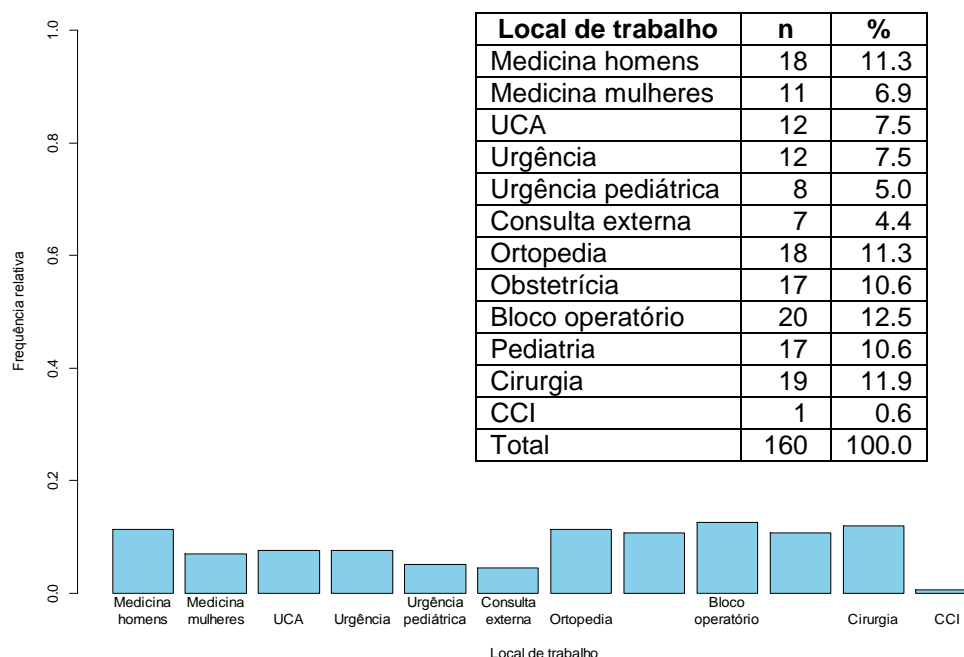


Gráfico 5: Representação gráfica da amostra pelos diferentes serviços

A tabela seguinte mostra a distribuição da metodologia de trabalho utilizada pelos enfermeiros nos seus contextos, atuais, de exercício profissional. Conforme se observa na tabela 37, predomina a utilização do Método de cuidados globais (48.1% ou 77 enfermeiros), seguindo-se o Método funcional (33.1% ou 53 enfermeiros), o Método de enfermeiro de referência (17.5% ou 28 enfermeiros) e, por fim, Outros métodos (apenas 1.3% ou 2 enfermeiros).

Metodologia	N	%
Método funcional	53	33.1
Método de cuidados globais	77	48.1
Método de enfermeiro de referência	28	17.5
Outros métodos	2	1.3
Total	160	100.0

Tabela 20: Representação da metodologia de trabalho utilizada

Quando questionados, sobre a utilização de diagnósticos sobre a família na prática diária, a maioria dos enfermeiros referiu utilizar diagnósticos na prática diária (58.1% ou 93 enfermeiros). No que se refere à experiência com familiares doentes, a grande maioria dos enfermeiros já teve experiências anteriores (93.8% ou 150 enfermeiros). Quando questionado, sobre que

familiar esteve internado em meio hospitalar, o gráfico 6 mostra a distribuição dos familiares internados, destacando-se a mãe, o pai, os filhos e o avô.

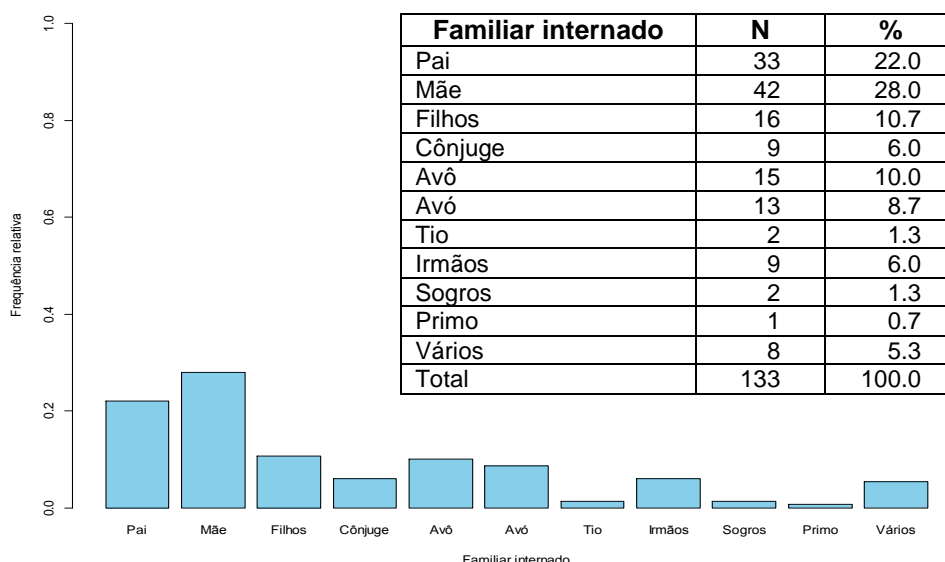


Gráfico 6: Representação gráfica do familiar internado

Nesta fase, foi nossa pretensão realizar o delineamento adotado pelo investigador ao longo deste estudo, evidenciando as estratégias utilizadas, procedimentos de colheita de dados, contexto e participantes integrados, seguindo-se os resultados da aplicação dos instrumentos e a análise da informação documentada pelos enfermeiros.

5.4. Avaliação das estratégias pedagógicas

A avaliação da formação consiste, depois de escolhidos os instrumentos, em conduzir os procedimentos de recolha de dados e analisá-los (Massingue, 2011). Ao longo das páginas que se seguem, é analisada a avaliação realizada pelos participantes, com recurso ao instrumento de avaliação da estratégia de formação (IAEF) para o jogo, filme e palestra.

Numa primeira fase, é apresentado o grau de concordância dos enfermeiros, relativamente às estratégias de formação, jogo, filme e palestra, e, posteriormente é apresentada a sua comparação.

A tabela 21 reporta a frequência do grau de concordância dos enfermeiros, na avaliação do **jogo**.

Itens	Frequência (%)					
	Discordo fortemente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo fortemente	Total
A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos conteúdos sobre Família.	0.0	0.6	8.8	56.0	34.6	100.0
Considera que os conteúdos abordados neste instrumento foram úteis ao desenvolvimento da sua atividade profissional	0.0	2.5	10.7	56.0	30.8	100.0
O tempo destinado a aplicabilidade deste instrumento é adequado	0.6	6.9	6.3	59.1	27.0	100.0
Os temas deste instrumento são apresentados de modo claro e coerente	0.0	1.9	6.3	52.2	39.6	100.0
O conteúdo do instrumento é adequado entre a teoria e a prática	0.0	1.3	6.3	57.9	34.6	100.0
Considera que a aprendizagem decorrente deste instrumento terá impacto ao nível do seu desempenho	0.0	1.9	13.2	57.2	27.7	100.0
A utilização deste instrumento contribui para a motivação dos Formandos	0.0	0.6	9.4	44.7	45.3	100.0
Sentiu evolução dos seus conhecimentos na área da família com a utilização deste instrumento	0.0	1.9	13.8	56.6	27.7	100.0
Pretende aplicar os conhecimentos adquiridos com esta actividade	0.0	0.0	10.7	56.0	33.3	100.0
Os conteúdos desenvolvidos foram em quantidade adequada ao seu nível de conhecimentos	0.6	3.1	6.3	61.0	28.9	100.0
O momento proporcionado nesta atividade incentivou a participação dos formandos	0.0	0.6	3.8	45.3	50.3	100.0
Considera que esta metodologia é útil para a aprendizagem	0.0	0.0	5.7	43.4	50.9	100.0
A duração desta atividade é adequada para permitir aprendizagem	0.0	3.8	11.9	50.9	33.3	100.0
Recomendaria os conteúdos abordados nesta atividade a outras pessoas	0.0	0.6	6.3	44.7	48.4	100.0
Este instrumento é útil para rever conhecimentos da família	0.0	0.0	6.9	42.1	50.9	100.0
A utilização deste instrumento é um bom recurso para despertar interesse sobre o tema	0.0	0.0	8.2	45.9	45.9	100.0
Este instrumento é útil para diagnosticar lacunas no âmbito da família	0.0	0.6	9.4	52.8	37.1	100.0
Este instrumento ajuda a reter conhecimentos específicos sobre intervenção em família	0.0	0.0	8.2	54.7	37.1	100.0
Este instrumento é uma estratégia de ensino adequada para aquisição de competências	0.0	1.3	10.1	54.7	34.0	100.0
Globalmente esta estratégia foi para mim satisfatória	0.0	0.0	5.7	48.4	45.9	100.0

Tabela 21: Avaliação do grau de concordância do Jogo

Da análise à tabela 21 realça-se, o item “ *O momento proporcionado nesta atividade incentivou a participação dos formandos*”, onde o grau de concordância dos enfermeiros é muito elevado (note-se que “Concordo fortemente” e “Concordo” em conjunto representam 95.6% das respostas). Outro sim, o item “*Considera que esta metodologia é útil para a aprendizagem* “, onde o grau de concordância dos enfermeiros é muito elevado (note-se que “Concordo fortemente” e “Concordo” em conjunto representam 94.3% das respostas).

É observável, todos os itens apresentarem valores muito elevados. O item que apresenta valores negativos mais frequentes, mas muito baixos, cerca de 7,5% (“Discordo”6.9% e “Discordo fortemente” 0.6%) é “*O tempo destinado a aplicabilidade deste instrumento é adequado*”, onde, ainda assim, o “Concordo fortemente” e o “Concordo”, em conjunto representam 86.1% das respostas. Em conclusão, o jogo é uma estratégia considerada muito favorável em todos os itens.

A tabela 22 demonstra a frequência do grau de concordância dos enfermeiros na avaliação do **filme**.

Itens	Frequência (%)					
	Discordo fortemente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo fortemente	Total
A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos conteúdos sobre Família.	0.0	1.3	8.3	54.5	35.9	100.0
Considera que os conteúdos abordados neste instrumento foram úteis ao desenvolvimento da sua	0.0	1.9	11.5	60.9	25.6	100.0
O tempo destinado a aplicabilidade deste instrumento é adequado	0.0	4.5	9.0	66.7	19.9	100.0
Os temas deste instrumento são apresentados de modo claro e coerente	0.0	1.9	10.3	57.7	30.1	100.0
O conteúdo do instrumento é adequado entre a teoria e a prática	0.0	1.3	10.3	60.9	27.6	100.0
Considera que a aprendizagem decorrente deste instrumento terá impacto ao nível do seu desempenho na prática	0.0	0.6	16.7	63.5	19.2	100.0
A utilização deste instrumento contribui para a motivação dos Formandos	0.0	0.0	13.5	51.3	35.3	100.0
Sentiu evolução dos seus conhecimentos na área da família com a utilização deste instrumento	0.6	1.3	17.3	60.9	19.9	100.0
Pretende aplicar os conhecimentos adquiridos com esta actividade	0.0	1.3	11.5	60.9	26.3	100.0
Os conteúdos desenvolvidos foram em quantidade adequada ao seu nível de conhecimentos	0.6	3.2	9.6	65.4	21.2	100.0

O momento proporcionado nesta atividade incentivou a participação dos formandos	0.6	0.6	11.5	55.1	32.1	100.0
Considera que esta metodologia é útil para a aprendizagem	0.6	0.0	12.2	48.1	39.1	100.0
A duração desta atividade é adequada para permitir aprendizagem	0.0	1.3	10.3	60.9	27.6	100.0
Recomendaria os conteúdos abordados nesta atividade a outras pessoas	0.0	0.6	10.3	53.2	35.9	100.0
Este instrumento é útil para rever conhecimentos	0.0	0.6	7.1	57.1	35.3	100.0
A utilização deste instrumento é um bom recurso para despertar interesse sobre o tema	0.0	1.3	10.3	50.0	38.5	100.0
Este instrumento é útil para diagnosticar lacunas no âmbito da família	0.6	1.3	10.9	60.9	26.3	100.0
Este instrumento ajuda a reter conhecimentos específicos sobre intervenção em família	0.0	0.0	14.7	59.0	26.3	100.0
Este instrumento é uma estratégia de ensino adequada para aquisição de competências	0.0	1.9	10.9	62.2	25.0	100.0
Globalmente esta estratégia foi para mim satisfatória	0.0	0.0	10.3	51.9	37.8	100.0

Tabela 22: Avaliação do grau de concordância do Filme

Desta tabela realça-se, o item *“Este instrumento é útil para rever conhecimentos da família”*, onde o grau de concordância dos enfermeiros é muito elevado (note-se que “Concordo fortemente” e “Concordo” em conjunto representam 92.4% das respostas). Não menos destacável se considera, *“A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos conteúdos sobre Família”*, em que o “Concordo fortemente” e o “Concordo” em conjunto representam 90.4% das respostas. Não menos de realçar, o facto de no jogo, o item que apresenta alguns valores negativos, embora muito baixo 4,5% ser o *“Tempo destinado a aplicabilidade deste instrumento é adequado”*. No geral, embora com valores um pouco inferiores ao jogo, o filme também é uma estratégia considerada muito favorável em todos os itens.

Por último, a tabela 23 sobre a avaliação da **Palestra**, onde são descritas as frequências do grau de concordância dos enfermeiros.

Itens	Frequência (%)					
	Discordo fortemente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo fortemente	Total
A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos conteúdos sobre Família.	0.6	0.0	8.2	61.0	30.2	100.0
Considera que os conteúdos abordados neste instrumento foram úteis ao desenvolvimento da sua actividade profissional	0.0	0.6	11.3	62.9	25.2	100.0

O tempo destinado a aplicabilidade deste instrumento é adequado	0.0	6.9	10.7	60.4	22.0	100.0
Os temas deste instrumento são apresentados de modo claro e coerente	0.0	1.3	8.2	60.4	30.2	100.0
O conteúdo do instrumento é adequado entre a teoria e a prática	0.0	1.3	7.5	64.2	27.0	100.0
Considera que a aprendizagem decorrente deste instrumento terá impacto ao nível do seu desempenho na prática	0.6	1.9	10.1	66.0	21.4	100.0
A utilização deste instrumento contribui para a motivação dos Formandos	0.6	1.3	12.6	60.4	25.2	100.0
Sentiu evolução dos seus conhecimentos na área da família com a utilização deste instrumento	1.3	2.5	12.6	63.5	20.1	100.0
Pretende aplicar os conhecimentos adquiridos com esta actividade	0.6	0.6	10.7	59.7	28.3	100.0
Os conteúdos desenvolvidos foram em quantidade adequada ao seu nível de conhecimentos	0.6	3.8	9.4	62.3	23.9	100.0
O momento proporcionado nesta atividade incentivou a participação dos formandos	1.3	1.9	8.2	62.9	25.8	100.0
Considera que esta metodologia é útil para a aprendizagem	0.6	0.0	10.1	61.0	28.3	100.0
A duração desta atividade é adequada para permitir aprendizagem	0.0	4.4	12.6	59.7	23.3	100.0
Recomendaria os conteúdos abordados nesta atividade a outras pessoas	0.0	1.9	7.5	57.9	32.7	100.0
Este instrumento é útil para rever conhecimentos	0.0	1.9	8.2	56.6	33.3	100.0
A utilização deste instrumento é um bom recurso para despertar interesse sobre o tema	1.3	0.6	9.4	60.4	28.3	100.0
Este instrumento é útil para diagnosticar lacunas no âmbito da família	0.0	0.6	12.6	61.6	25.2	100.0
Este instrumento ajuda a reter conhecimentos específicos sobre intervenção em família	0.6	2.5	8.2	64.8	23.9	100.0
Este instrumento é uma estratégia de ensino adequada para aquisição de competências	0.6	1.9	8.2	66.0	23.3	100.0
Globalmente esta estratégia foi para mim satisfatória	1.3	0.0	3.8	60.4	34.6	100.0

Tabela 23: Avaliação do grau de concordância da Palestra

Destes valores, salientam-se: A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos conteúdos sobre Família, em que o “Concordo fortemente” e “Concordo”, em conjunto, representam 91.2% das respostas; O conteúdo do instrumento é adequado entre a teoria e a prática, em que o “Concordo fortemente” e “Concordo” em conjunto representam 91.2% das respostas; e o item: *“Globalmente esta estratégia foi para mim satisfatória,”* onde o grau de concordância dos enfermeiros é muito elevado 95%. Tal como, nas duas estratégias anteriores, o tempo destinado a aplicabilidade do instrumento é o item com um valor mais negativo (4%), embora muito baixo. Em conclusão, a palestra também é uma estratégia considerada muito favorável em todos os itens.

Após a análise da avaliação de cada estratégia de formação, procede-se agora à comparação dessas avaliações, medidas pelo grau de concordância em cada item (Tabela 24). Para comparar o grau de concordância entre duas estratégias, recorre-se ao teste de Wilcoxon, teste não paramétrico que procura diferenças entre duas amostras emparelhadas (Field, 2009). Recorde-se que se tem amostras emparelhadas e a hipótese nula em teste, é que o grau de concordância médio é o mesmo para as duas estratégias a serem comparadas, enquanto a alternativa é esse grau ser diferente.

Uma vez que existem três comparações a efetuar (jogo vs. filme e vs. palestra; filme vs. palestra), é necessário proceder à correção de Bonferroni. (A correção de Bonferroni é usada em muitos testes estatísticos, no caso de comparações múltiplas (Callegari-Jacques, 2007)).

Itens	Jogo vs. Filme		Jogo vs. Palestra		Filme vs. Palestra	
	Est.	val-p	Est.	val-p	Est.	val-p
A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos conteúdos sobre	627.0	0.457	879.5	0.231	455.5	0.255
Considera que os conteúdos abordados neste instrumento foram úteis ao desenvolvimento da sua atividade profissional	791.5	0.233	685.0	0.310	164.0	0.260
O tempo destinado a aplicabilidade deste instrumento é adequado	430.0	0.276	435.5	0.095	238.0	0.205
Os temas deste instrumento são apresentados de modo claro e coerente	649.0	0.012	575.0	0.022	156.0	0.199
O conteúdo do instrumento é adequado entre a teoria e a prática	427.5	0.009	386.0	0.022	115.0	0.222
Considera que a aprendizagem decorrente deste instrumento terá impacto ao nível do	579.5	0.016	522.0	0.165	141.5	0.066
A utilização deste instrumento contribui para a motivação dos Formandos	637.0	0.002	1150.0	0.000	659.0	0.008
Sentiu evolução dos seus conhecimentos na área da família com a utilização deste	489.0	0.005	577.0	0.022	157.0	0.201
Pretende aplicar os conhecimentos adquiridos com esta actividade	602.0	0.008	512.5	0.067	142.0	0.116
Os conteúdos desenvolvidos foram em quantidade adequada ao seu nível de	530.0	0.007	453.0	0.022	162.0	0.237
O momento proporcionado nesta atividade incentivou a participação dos formandos	1053.0	0.000	1515.0	0.000	403.5	0.109
Considera que esta metodologia é útil para a aprendizagem	927.0	0.000	1198.5	0.000	446.0	0.060
A duração desta atividade é adequada para permitir aprendizagem	472.5	0.500	717.5	0.020	318.0	0.003
Recomendaria os conteúdos abordados nesta atividade a outras pessoas	681.0	0.000	694.0	0.000	276.0	0.281
Este instrumento é útil para rever conhecimentos da família	685.5	0.000	1056.0	0.000	317.5	0.138

A utilização deste instrumento é um bom recurso para despertar interesse sobre o tema	573.5	0.003	895.0	0.000	539.0	0.011
Este instrumento é útil para diagnosticar lacunas no âmbito da família	734.5	0.001	771.5	0.004	305.0	0.433
Este instrumento ajuda a reter conhecimentos específicos sobre intervenção em família	815.0	0.000	855.5	0.000	344.5	0.426
Este instrumento é uma estratégia de ensino adequada para aquisição de competências	707.0	0.010	746.0	0.018	275.0	0.462
Globalmente esta estratégia foi para mim	412.0	0.002	439.5	0.004	235.0	0.394

Tabela 24: Teste de Wilcoxon para Comparação da avaliação das estratégias

Na comparação entre o **jogo e o filme**, em todos os itens o grau de concordância do jogo é mais elevado (valor-p inferior ao nível de significância), exceto em alguns itens, em que não existem diferenças no grau de concordância (valor-p superior ao nível de significância, o que quer dizer que a diferença não é significativa), considerando os itens: A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos conteúdos sobre Família; Considera que os conteúdos abordados neste instrumento foram úteis ao desenvolvimento da sua atividade profissional; O tempo destinado a aplicabilidade deste instrumento é adequado e A duração desta atividade é adequada para permitir aprendizagem. Ou seja, em apenas 4 itens, o que significa que a avaliação do **jogo** é mais favorável.

Por sua vez, na comparação entre **o jogo e a palestra**, em todos os itens o grau de concordância do jogo é mais elevado (valor-p inferior ao nível de significância), exceto em alguns itens, onde não existem diferenças. No caso dos itens: *A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos conteúdos sobre Família; Considera que os conteúdos abordados neste instrumento foram úteis ao desenvolvimento da sua atividade profissional; O tempo destinado a aplicabilidade deste instrumento é adequado; Considera que a aprendizagem decorrente deste instrumento terá impacto ao nível do seu desempenho na prática e Pretende aplicar os conhecimentos adquiridos com esta atividade.* Verifica-se que, em apenas em 5 itens, não são encontradas diferenças, e conclui-se que a avaliação do **jogo** é mais favorável.

Por fim, a comparação entre o **filme e a palestra** mostra que, pela diferença de apenas, 3 itens, o grau de concordância no primeiro é mais elevado do que no segundo. Além disso, constata-se que, o grau de concordância do primeiro é mais elevado, em apenas 3 itens: *A utilização deste instrumento contribui para a motivação dos Formandos; A duração desta atividade é adequada para permitir aprendizagem e A utilização deste instrumento é um bom recurso para despertar interesse sobre o tema.* Em todos os outros não existem diferenças no grau de concordância.

Em resumo, o jogo é a estratégia com melhor avaliação (maior grau de concordância). Por sua vez, o filme e a palestra têm avaliações semelhantes (a avaliação do primeiro foi melhor em 3 itens, apenas, tendo sido igual em nos restantes).

Com o objetivo de obter uma **medida global** de avaliação das estratégias de ensino, utilizaram-se as respetivas pontuações (1 a 5) e, para cada enfermeiro, calculou-se a pontuação total. Esta análise, feita para cada estratégia, analisa em primeiro lugar, os resultados globais, ou seja, o conjunto de todas as respostas, seguindo-se a análise desta pontuação, por serviço.

A **pontuação global do jogo** varia entre 57 e 100. Ora, em termos de escala adotada, o resultado obtido situa-se muito acima do mínimo possível (20), e muito próximo do ponto médio (60). Comprova-se a existência de pontuações muito elevadas, e a inexistência de quaisquer pontuações que possam ser consideradas baixas (tabela 25).

Coeficientes	Valor
Mínimo	57.0
Máximo	100.0
Média	85.4
1º Quartil	80.0
Mediana	85.0
3º Quartil	93.0
Coef. Assimetria	-0.44
Desvio padrão	9.6
Coeficiente de variação	11.3%

Tabela 25: Caracterização da Pontuação de Concordância do Jogo – Global

Ainda no contexto e análise desta tabela, infere-se que a distribuição da pontuação total é claramente assimétrica negativa (o coeficiente de assimetria de Fisher é -0.44, o que significa que predominam as pontuações elevadas e que existem, cada vez menos, enfermeiros à medida que se considera pontuações mais baixas).

Do histograma e caixa de bigodes (Gráfico 7), observa-se claramente, que o número de enfermeiros com pontuações até 75 (um valor já elevado) é muito reduzido, registando-se, aí, um aumento brusco do número de enfermeiros, e que a classe entre 75 e 80 é a mais importante. A partir de 80, as pontuações estão distribuídas de uma forma quase homogênea. Assim, a pontuação média é 85.4 (um valor elevado e muito superior ao ponto médio da escala), quase coincidente com a mediana que é 85; o 1º quartil é 80, e o 3º quartil é 93, o que mostra o predomínio das pontuações mais elevadas (note-se que metade dos enfermeiros tem pontuações acima de 85).

A concentração das pontuações nos valores elevados conduz a uma baixa dispersão, refletida no valor do coeficiente de variação (11.3%).

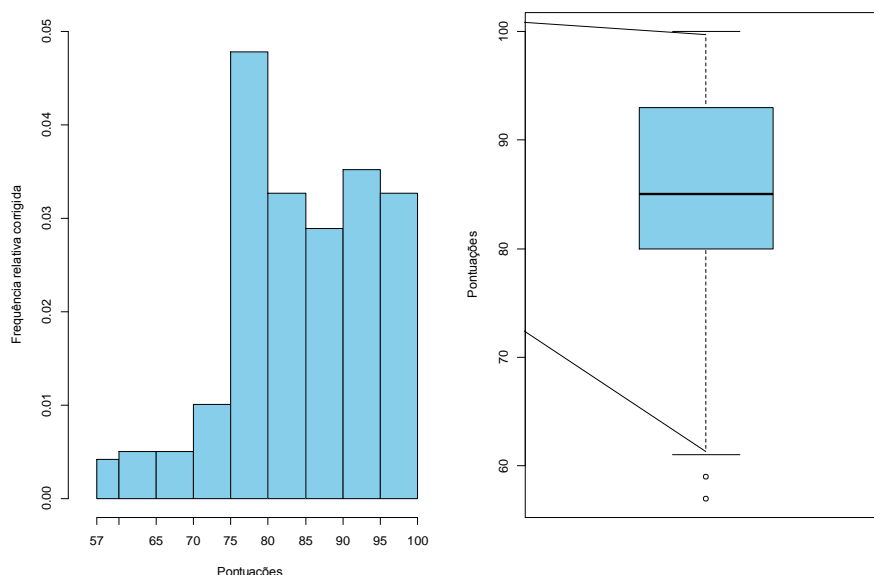


Gráfico 7: Representação da Pontuação de Concordância do Jogo – Global

Em suma, de acordo com esta medida de avaliação do grau de concordância, os enfermeiros avaliam o jogo de uma forma extremamente positiva, visto o grau de concordância ser muito elevado, não existindo sequer pontuações baixas.

Na tabela 26, são apresentados os resultados globais para o **jogo**, por serviço.

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Coeficiente Assimetria	Desvio padrão	Coeficiente variação
Medicinas	57.0	100.0	84.0	82.0	-0.45	8.6	10.2%
UCA/BO	63.0	100.0	84.6	84.5	-0.31	10.1	12%
Urgências	61.0	100.0	81.7	80.0	-0.08	11.3	13.9%
Cirurgia	71.0	100.0	88.8	90.0	-0.31	8.5	9.6%
Pediatria	77.0	100.0	89.2	89.0	0.00	7.9	8.9%
Obstetrícia	73.0	100.0	88.5	90.0	-0.23	8.4	9.5%
Ortopedia	63.0	99.0	85.8	87.0	-0.76	9.2	10.7%
Cons.	59.0	86.0	76.6	79.0	-0.65	9.4	12.2%

Tabela 26: Caracterização da Pontuação de Concordância do Jogo—por serviço

A pontuação total varia entre 57, muito acima do mínimo possível da escala (20), e muito próximo do ponto médio da escala (60), e 100, o máximo possível (quando um enfermeiro atinge o grau de concordância total), o que significa que as pontuações são muito elevadas. As médias apresentam valores mais elevados na pediatria (89.2), cirurgia (88.8) e obstetrícia (88.5), e os mais baixos na consulta externa (76,6) e urgências (81.7), conquanto não existam pontuações que possam considerar-se baixas. Conforme observável na tabela 25, os enfermeiros dos diferentes serviços avaliam o jogo de uma forma muito positiva.

A pontuação global do Filme varia entre 57 e 100. A distribuição da pontuação total é claramente assimétrica negativa, o coeficiente de assimetria de Fisher é -0.38. (Tabela 27)

Coeficientes	Valor
Mínimo	57.0
Máximo	100.0
Média	83.0
1º Quartil	78.0
Mediana	81.0
3º Quartil	90.0
Coef. Assimetria	-0.38
Desvio padrão	9.7
Coeficiente de variação	11.7%

Tabela 27: Caracterização da Pontuação de Concordância do Filme – Global

Conforme é claramente observável no Gráfico 8, existem poucos enfermeiros com pontuações até 75, a pontuação média é 83, próxima da mediana que é 81. A concentração das pontuações nos valores elevados conduz a uma baixa dispersão, refletida no valor do coeficiente de variação (11.7%).

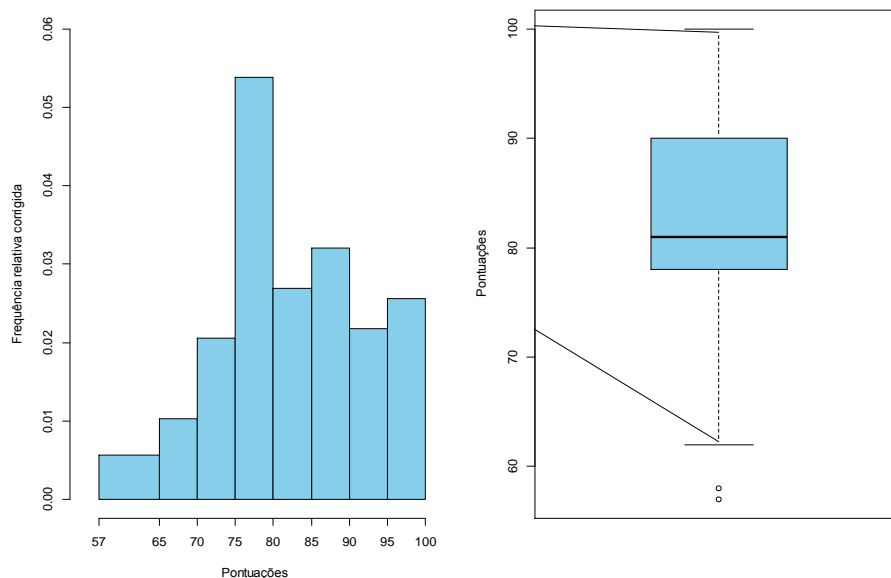


Gráfico 8: Representação Gráfica da Pontuação de Concordância do Filme

Os enfermeiros avaliam o filme de uma forma muito positiva, pois o grau de concordância é muito elevado, não existindo, pontuações baixas consideradas baixas.

Analisa-se, agora a **pontuação total do filme por serviço**, conforme ilustrado na tabela 28. A pontuação média atinge o valor mais elevado na obstetrícia (87.8) e na pediatria (87.3). Os valores mais baixos, embora acima do valor médio (60), situam-se, na consulta externa (78,3) e nas urgências (77.2).

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Coeficiente Assimetria	Desvio padrão	Coeficiente variação
Medicinas	57.0	99.0	81.6	81.0	-0.65	9.5	11.6%
UCA/BO	62.0	100.0	81.7	80	0.06	10.7	13.1%
Urgências	62.0	94.0	77.2	78.0	0.00	8.5	11%
Cirurgia	69.0	100.0	85.8	86.0	0.06	8.9	10.4%
Pediatria	71.0	100.0	87.3	87.0	-0.09	9.0	10.3%
Obstetrícia	65.0	100.0	87.8	90.0	-0.82	10.3	11.7%
Ortopedia	67.0	95.0	83.6	84.0	-0.63	8.1	9.7%
Cons.	70.0	87.0	78.3	79.0	-1.01	5.3	6.7%

Tabela 28: Caracterização da Pontuação Concordância do Filme –por serviço

Em síntese, os enfermeiros dos diferentes serviços avaliam o filme positivamente, pois o grau de concordância é elevado, não existindo, sequer, pontuações baixas.

Por último, no que se refere à **Palestra** (Tabela 29), a pontuação **global** varia entre 42, e 100, o máximo possível. Existem algumas pontuações mais baixas do que nas estratégias anteriores, tal como, a pontuação média (82,4) e, a mediana (81).

Coeficientes	Valor
Mínimo	42.0
Máximo	100.0
Média	82.4
1º Quartil	78.0
Mediana	81.0
3º Quartil	90.0
Coef. Assimetria	-0.65
Desvio padrão	10.2
Coeficiente de variação	12.3%

Tabela 29: Caracterização da Pontuação de Concordância da Palestra

No Gráfico 9 observa-se uma maior frequência de pontuações mais baixas. A classe entre 75 e 80 é a mais significativa, aspecto este similar às estratégias anteriores.

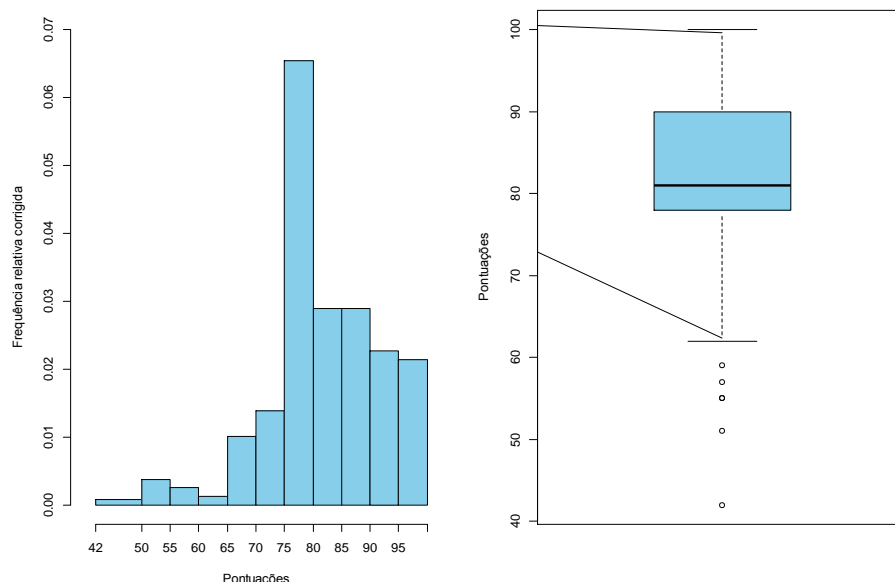


Gráfico 9: Representação Gráfica da Concordância da Palestra

Embora com valores um pouco mais baixos do que nas estratégias anteriores, os enfermeiros têm uma avaliação positiva sobre a palestra.

Na caracterização, **por serviço, referente à Palestra** (tabela 30), a pontuação total varia entre 42, e 100. A média assume o seu valor mais elevado na pediatria (86.8) e o mais baixo na consulta externa (75.9) e urgências (78.3).

	Mínimo	Máximo	Média	Mediana	Coeficiente Assimetria	Desvio padrão	Coeficiente variação
Medicinas	42.0	98.0	79.1	80.0	-1.32	11	13.9%
UCA/BO	51.0	100.0	82.1	81.5	-0.53	10.4	12.6%
Urgências	55.0	98.0	78.3	78.5	-0.25	10.1	12.8%
Cirurgia	77.0	100.0	86.1	83.5	-0.56	8.1	9.4%
Pediatria	72.0	100.0	86.8	86.0	0.11	8.7	10%
Obstetrícia	55.0	100.0	85.2	86.0	-0.89	11.9	14%
Ortopedia	69.0	98.0	84.3	84.0	-0.20	8.0	9.5%
Cons.	59.0	80.0	75.9	79.0	-1.4	7.7	10.2%

Tabela 30: Caracterização da Concordância do Palestra– por serviço

No que se refere à pontuação da palestra por serviço, embora com valores mais baixos, ainda assim, podemos considerar ter sido avaliada positivamente.

Dos resultados apresentados, destaca-se a maior satisfação com o jogo, relativamente às estratégias formativas. Emerge a necessidade de avaliar o impacto destas estratégias na prática de cuidados.

5.5. Impacte nas Atitudes dos enfermeiros

Em qualquer contexto da prática de cuidados os enfermeiros atendem famílias. A Qualidade destes encontros é influenciada pelas atitudes dos enfermeiros sobre a importância de incluir as famílias nos cuidados de enfermagem (Benzein, Johansson, Årestedt, & Saveman, 2008).

A palavra “*atitude*”, oriunda do latim tardio *aptitudīne*, e pelo francês *attitude*, significa a forma de agir, modo de proceder, demonstração de uma intenção. A CIPE® define este conceito como um “*Processo psicológico com as seguintes características específicas: modelos mentais, orientações e opiniões aceites* (ICN, 2005, p. 77).” A atitude pode ser definida como uma disposição interior da pessoa, que se traduz em reações emotivas que são assimiladas e posteriormente experimentadas (Sousa, 2011).

Não é possível falar de atitudes sem ter em conta as experiências de vida de cada indivíduo (Alves, 2011).” As experiências vividas têm impacto sobre a atitude: um jovem enfermeiro que tenha tido uma má experiência na relação com os familiares de um doente, poderá desenvolver uma atitude desfavorável à inclusão das famílias. Assim como em oposição, as experiências de doença com os seus familiares, condicionam uma atitude positiva do enfermeiro face à família (Benzein, Jonhansson, Årestedt, & Saveman, 2008). “*As atitudes dos enfermeiros nos contextos de interação terapêutica com as famílias traduzem o entendimento dos mesmos sobre a*

importância de as integrar no processo de cuidados, gerando praticas mais ou menos conducentes à potencialização funcional das famílias (Oliveira P. , et al., 2011, p. 1332).”

Nas páginas que se seguem, são descritos os resultados da aplicação da escala das atitudes dos enfermeiros, relativamente à importância das famílias nos cuidados de enfermagem, antes e depois da formação (A importância das famílias nos Cuidados de Enfermagem atitudes dos enfermeiros -IFCE-AE). Neste âmbito, pretendeu-se saber qual a modificação que a intervenção provocou na atitude profissional dos enfermeiros.

Antes da formação

A tabela abaixo mostra a frequência dos itens referentes à escala das atitudes dos enfermeiros perante a família.

Atitudes	Frequência (%)				
	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente	Total
É importante saber quem são os membros da família do utente	0.0	2.5	52.5	45.0	100.0
A presença dos membros da família dificulta o meu trabalho	26.9	60.0	13.1	0.0	100.0
Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho	1.3	1.3	69.4	28.1	100.0
Os membros da família devem ser convidados a participar activamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente	0.0	3.1	63.1	33.8	100.0
A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o)	0.6	8.1	75.0	16.3	100.0
No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente	4.4	27.5	60.6	7.5	100.0
A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança	4.4	40.0	48.1	7.5	100.0
Não tenho tempo para cuidar das famílias	32.5	38.8	28.1	0.6	100.0
Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro	2.5	28.1	55.6	13.8	100.0
A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho	13.8	60.6	23.1	2.5	100.0
Os membros da família devem ser convidados a participar activamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente	0.6	8.8	69.4	21.3	100.0
Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente	0.6	10.0	61.3	28.1	100.0
A presença de membros da família é importante para os mesmos	0.0	1.3	58.1	40.6	100.0

Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados	1.3	15.0	70.6	13.1	100.0
Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente	0.0	10.6	68.8	20.6	100.0
Pergunto às famílias como as posso apoiar	0.0	4.4	76.9	18.8	100.0
Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações	0.0	2.5	70.0	27.5	100.0
Considero os membros da família como parceiros	0.6	16.3	66.9	16.3	100.0
Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente	0.0	4.4	76.9	18.8	100.0
O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil	0.6	3.1	74.4	21.9	100.0
Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho	0.6	16.3	65.0	18.1	100.0
É importante dedicar tempo às famílias	0.0	1.9	55.6	42.5	100.0
A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar o planeamento dos cuidados	13.8	51.9	31.3	3.1	100.0
Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados	3.1	33.8	58.8	4.4	100.0
Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação	0.6	5.6	68.1	25.6	100.0
A presença de membros da família deixa-me em stress	36.3	56.9	5.0	1.9	100.0

Tabela 31: A Importância das Famílias nos cuidados antes da Formação

A primeira fase demonstra-nos uma atitude favorável às famílias, nomeadamente nas questões sobre ser importante dedicar tempo às famílias (“Concordo completamente” e “Concordo” em conjunto, representam 98.1% das respostas); a importância de saber quem são os membros da família do utente (“Concordo completamente” e “Concordo” em conjunto representam 97.5% das respostas), assim como, no item referente à presença de membros da família ser importante para os mesmos, onde o grau de concordância dos enfermeiros é muito elevado (note-se que “Concordo completamente” e “Concordo” em conjunto representam 98.8% das respostas).

No entanto, quando observados os itens: “*Não tenho tempo para cuidar das famílias*”, onde grau de concordância dos enfermeiros é baixo (note-se que “Concordo completamente” e “Concordo”, em conjunto, representam apenas 28.8% das respostas); ou, “*A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar o planeamento dos cuidados*”, onde o grau de concordância dos enfermeiros é um pouco baixo (note-se que “Concordo completamente” e “Concordo” em conjunto representam apenas 34.4% das respostas); e a “*A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança*”, onde o “Discordo” (40.0%) e o “Discordo completamente” (4,4%)

representam 44.4% das respostas. Estes dados evidenciam a família como fardo (Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008; Oliveira P. , et al., 2011).

Depois da formação

A tabela 32 apresenta a frequência dos itens referentes à escala das atitudes dos enfermeiros após a intervenção. Para além dos itens já realçados antes da formação: “*É importante saber quem são os membros da família do utente*” (“Concordo completamente” e “Concordo”, em conjunto, representam 99.4%); ser importante dedicar tempo às famílias (“Concordo completamente” e “Concordo”, em conjunto, representam 98.8% das respostas); e “*A presença de membros da família é importante para os mesmos*” (“Concordo completamente” e “Concordo”, em conjunto, representam 98.8%). Distinguem-se outros itens: “*O ser importante saber quem são os membros da família do utente*” (“Concordo completamente” e “Concordo”, em conjunto, representam 99.4% das respostas); assim com o item “*Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação* ” (“Concordo completamente” e “Concordo”, em conjunto, representam 95.6% das respostas).

Atitudes	Frequência (%)				
	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente	Total
É importante saber quem são os membros da familia do utente	0.0	0.6	29.4	70.0	100.0
A presença dos membros da familia dificulta o meu trabalho	26.9	65.0	7.5	0.6	100.0
Uma boa relação com os membros da familia dá-me satisfação no trabalho	0.6	4.4	49.4	45.6	100.0
Os membros da familia devem ser convidados a participar activamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente	0.6	5.6	43.1	50.6	100.0
A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o)	0.6	5.0	66.9	27.5	100.0
No primeiro contacto com os membros da familia, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente	1.3	31.9	50.6	16.3	100.0
A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança	1.9	36.3	50.6	11.3	100.0
Não tenho tempo para cuidar das famílias	28.1	50.6	20.0	1.3	100.0

Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro	0.6	28.1	56.3	15.0	100.0
A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho	16.9	63.1	16.3	3.8	100.0
Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente	0.0	5.0	56.9	37.5	100.0
Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente	0.0	8.1	51.9	40.0	100.0
A presença de membros da família é importante para os mesmos	0.0	1.3	41.3	57.5	100.0
Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados	0.0	8.8	70.6	20.6	100.0
Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente	0.0	4.4	63.1	32.5	100.0
Pergunto às famílias como as posso apoiar	0.0	6.3	60.6	33.1	100.0
Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações	0.0	1.3	58.8	39.4	100.0
Considero os membros da família como parceiros	0.6	15.6	58.8	25.0	100.0
Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente	0.0	5.0	67.5	27.5	100.0
O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil	0.0	10.0	56.9	33.1	100.0
Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho	0.0	10.0	65.6	24.4	100.0
É importante dedicar tempo às famílias	0.0	1.3	51.3	47.5	100.0
A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar o planeamento dos cuidados	12.5	54.4	26.9	6.3	100.0
Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados	1.3	31.3	55.0	12.5	100.0
Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação	0.0	4.4	65.0	30.6	100.0
A presença de membros da família deixa-me em stress	36.9	57.5	5.0	0.6	100.0

Tabela 32: A Importância das Famílias nos Cuidados Depois da Formação

Salienta-se que o grau de concordância de todos os itens é muito elevado nesta segunda fase.

Comparação do grau de concordância nos dois momentos

Para comparar o grau de concordância dos enfermeiros, antes e depois da formação, recorre-se ao teste (não paramétrico) de Wilcoxon, uma vez que se tem amostras emparelhadas, pois são os mesmos enfermeiros (antes e depois da formação) que respondem ao inquérito. A hipótese nula em teste é que o grau de concordância médio, antes e depois da formação, é o mesmo, enquanto a alternativa é que o grau de concordância, depois da formação é superior. Os resultados encontram-se apresentados na tabela 33.

Atitudes	Estatística	valor-p
É importante saber quem são os membros da família do utente	592	0.000
A presença dos membros da família dificulta o meu trabalho	1146	0.786
Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho	601	0.002
Os membros da família devem ser convidados a participar activamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente	792.5	0.007
A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o)	551.5	0.002
No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente	990	0.034
A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança	684	0.012
Não tenho tempo para cuidar das famílias	1319.5	0.311
Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro	1014.5	0.194
A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho	1551.5	0.114
Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente	435	0.000
Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente	531	0.001
A presença de membros da família é importante para os mesmos	435	0.000
Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados	397.5	0.000
Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente	364	0.000
Pergunto às famílias como as posso apoiar	467.5	0.002
Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações	493	0.001
Considero os membros da família como parceiros	676.5	0.040
Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente	482	0.047
O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil	625	0.129
Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho	495	0.003
É importante dedicar tempo às famílias	441	0.114
A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar o planeamento dos cuidados	1375.5	0.389
Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados	1022	0.015
Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação	708	0.064
A presença de membros da família deixa-me em stress	805.5	0.276

Tabela 33: Comparação do Grau de Concordância Antes e Depois da Formação

Da tabela observa-se que o valor-p é inferior a 5%, levando a rejeitar a hipótese nula, em 17 dos itens: *É importante saber quem são os membros da família do utente; Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho; Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente; A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o); No primeiro contacto com os membros da família; convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente; A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança; Os membros da*

família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente; Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente; A presença de membros da família é importante para os mesmos, Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados; Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente; Pergunto às famílias como as posso apoiar; Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos, para que, dessa forma, possam lidar melhor com as situações; Considero os membros da família como parceiros; Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente; Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias; que posso utilizar no meu trabalho e Convido os membros da família a opinar, aquando do planeamento dos cuidados.

Portanto, nestas atitudes, que são a clara maioria, o grau de concordância dos enfermeiros aumentou significativamente após a formação, pelo que se pode concluir que esta foi muito eficaz.

Nas restantes atitudes, o valor-p é superior a 5%, pelo que não se rejeita a hipótese nula, concluindo-se por isso que o grau de concordância não se alterou após a formação. Refira-se por fim que o grau de concordância antes da formação não é superior ao grau depois da formação em nenhuma atitude, o que reforça a sua eficácia.

Determinação das causas da variação do grau de concordância

A variação do grau de concordância entre o momento “antes” e o momento “depois” da formação pode assumir três categorias que designaremos como menor (quando o grau diminui), igual (quando o grau permanece inalterado) ou maior (quando o grau aumenta), o que significa que esta variação é uma variável qualitativa ordinal. Com o objetivo de determinar quais os fatores sociodemográficos e profissionais que afetam significativamente a variação do grau de concordância ajustou-se para cada item, um modelo de regressão ordinal. Este modelo irá permitir concluir quais os fatores

sociodemográficos e profissionais que, efetivamente influenciam a variação do grau de concordância, em cada item e em que sentido.

No que se refere às variáveis em análise, uma grande parte dos enfermeiros que têm formação em família, adquiriram-na em contexto académico, pelo que se distinguiu apenas quem tem e quem não tem esta formação, sem se distinguir os diferentes contextos de onde foi adquirida. Na tabela 34 para simplificar esta análise, apenas são identificadas as causas da variação do grau de concordância das atitudes com significado e coerência no sentido global da utilização da escala. Reportam-se para anexo todos os restantes dados. (Anexo IV)

Atitudes	Causas da variação do grau de concordância				
	Urgência	Urgência Pediátrica.	Consulta Externa	Método Referencia	Diagnósticos Sobre Família
É importante saber quem são os membros da família do utente	↓				↑
Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho	↓	↓	↓	↓	
Os membros da família devem ser convidados a participar activamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente	↓				
A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o)	↓	↓	↓	↓	
A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança	↑	↑	↑		
A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho					↑
Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente	↓	↓	↓	↓	
Procuo sempre saber quem são os membros da família do utente	↓	↓	↓	↓	
A presença de membros da família é importante para os mesmos	↓	↓	↓	↓	
Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados	↓	↓	↓	↓	
Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente	↓	↓	↓	↓	
Pergunto às famílias como as posso apoiar	↓	↓	↓	↓	
Considero os membros da família como parceiros					
Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente	↓	↓	↓	↓	
O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil	↓	↓	↓	↓	
Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho	↓	↓	↓	↓	

É importante dedicar tempo às famílias	↓	↓	↓	↓	
A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar o planeamento dos cuidados	↓	↓	↓	↓	
Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados		↓			
Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação	↓	↓		↓	

Tabela 34: Principais causas da variação do grau de concordância das atitudes

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo, ou seja, aquelas que efetivamente afetam mais frequentemente a variação do grau de concordância na escala são: o Local de trabalho (distinguindo-se a Urgência, Urgência Pediátrica e a Consulta externa), o Método do enfermeiro de referência e a identificação de diagnósticos de enfermagem sobre família na prática diária.

As estimativas dos parâmetros permitem concluir que a variação do grau de concordância depende de forma decrescente do local de trabalho ser a Urgência, Urgência pediátrica e consulta externa. Ou seja, a variação do grau de concordância dos enfermeiros que trabalham na Urgência, Urgência Pediátrica e Consulta externa é inferior à dos enfermeiros que trabalham em outros contextos.

Relativamente à Metodologia de trabalho, conclui-se que a variação do grau de concordância dos enfermeiros que utilizam o Método do Enfermeiro de Referência é inferior à dos enfermeiros que utilizam qualquer outro método, que não se distinguem entre si.

Relativamente à identificação de diagnósticos de enfermagem sobre família na prática diária, conclui-se que a variação do grau de concordância dos enfermeiros que o fazem é superior.

Comparação das dimensões das Atitudes Antes e Depois da Formação

A escala IFCE-AE, instrumento para avaliar as atitudes dos enfermeiros face à família, é composta por três dimensões: *“A família como parceiro*

dialogante e recurso de coping”, “*A família como recurso dos cuidados de enfermagem*”, e “*família como fardo*” (Oliveira, et al., 2009). Para comparar o grau de concordância dos enfermeiros antes e depois da formação nas dimensões indicadas, recorre-se ao teste (não paramétrico) de Wilcoxon, uma vez que se tem amostras emparelhadas, pois são os mesmos enfermeiros (antes e depois da formação) que respondem ao inquérito.

A hipótese nula em teste é que o grau de concordância médio antes e depois da formação é o mesmo, enquanto a alternativa é o grau de concordância, depois da formação, ser superior. Os resultados são apresentados na tabela 35.

Dimensão	Nº de itens	Antes da formação		Depois da formação		Teste de Wilcoxon	
		Média (dp)	Score Médio	Média (dp)	Score Médio	Est teste	valor-p
Família como parceiro dialogante e recurso ao coping	12	36.4 (4.03)	3.03	37.9 (4.59)	3.15	2524.5	0.000
Família como recurso nos cuidados	10	30.6 (3.03)	3.06	31.8 (3.44)	3.18	2117.0	0.000
Família como fardo	4	12.2 (1.76)	3.05	12.3 (1.81)	3.07	3109.5	0.315

Tabela 35: Comparação das dimensões da escala das atitudes Antes e Depois

Da análise dos dados, observa-se que o valor-p é inferior a 5%, levando a rejeitar a hipótese nula, nas duas primeiras dimensões, o que significa que se conclui que o grau de concordância é maior após a formação. Pelo contrário, na terceira dimensão, não se rejeita a hipótese nula, pelo que se conclui que o grau de concordância não se alterou após a formação. Assim somos levados a concluir que houve aumento de concordância nas duas primeiras dimensões.

Pontuação total Antes da formação

Com o objetivo de obter uma medida global do grau de concordância, utilizaram-se as pontuações da escala das atitudes (IFCE-AE) (1 a 4) e, para cada enfermeiro, calculou-se a pontuação total. Pretendendo-se que essa

medida seja crescente com o grau de concordância, inverteu-se a escala das atitudes negativas.

Analisa-se em primeiro lugar, os resultados globais e a sua comparação, seguindo-se a comparação por grupos de locais de trabalho (ou seja, os serviços) dos enfermeiros.

A pontuação total varia entre 65, que é o ponto médio da escala (o mínimo possível é 26) e 104, o máximo possível (um enfermeiro que atinge o grau de concordância total), o que significa que as pontuações são elevadas (Tabela 36).

Coeficientes	Valor
Mínimo	65.0
Máximo	104.0
Média	79.2
1º Quartil	74.0
Mediana	79.0
3º Quartil	83.3
Coef. Assimetria	0.51
Desvio padrão	7.5
Coeficiente de variação	9.5%

Tabela 36: Caracterização da pontuação da escala das atitudes

A distribuição da pontuação total é assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0.51), o que significa a predominância das pontuações próximas do mínimo (Gráfico 10).

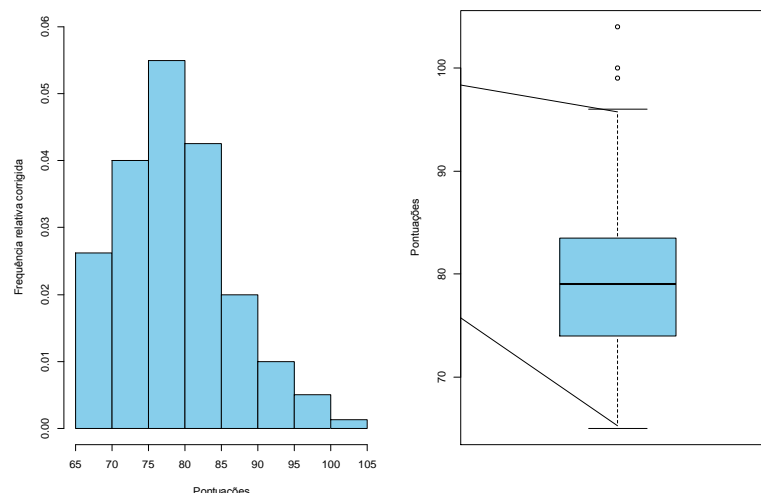


Gráfico 10: Representação gráfica da pontuação da escala de atitudes

Observa-se uma quebra acentuada a partir de 85, diminuindo as pontuações gradualmente a partir daí, até atingirem o máximo possível da escala (104), o que é visível pela alongada cauda direita do histograma. A pontuação média é 79.2, quase coincidente com a mediana que é 79.

A concentração das pontuações conduz a uma baixa dispersão, refletida no valor do coeficiente de variação (9.5%). Em resumo, de acordo com esta medida de avaliação do grau de concordância, os enfermeiros possuem um grau de concordância elevado antes da formação.

Pontuação total depois da formação

A pontuação total varia entre 63 e 104, o máximo possível, o que significa que, as pontuações são elevadas, não existindo quaisquer pontuações que possam ser consideradas baixas (Tabela 37).

Coeficientes	Valor
Mínimo	63.0
Máximo	104.0
Média	81.9
1º Quartil	75.0
Mediana	80.0
3º Quartil	88.0
Coef. Assimetria	0.45
Desvio padrão	8.6
Coeficiente de variação	10.5%

Tabela 37: Caracterização da pontuação de concordância – global

Do gráfico 11, observa-se, uma grande concentração das pontuações entre 70 e 90 (e especialmente entre 70 e 80); a pontuação média é 81.9; muito próxima da mediana que é 80, o 1º quartil é 75, e o 3º quartil é 88, o que mostra o predomínio das pontuações até cerca de 90 (note-se que metade das pessoas tem pontuações entre 75 e 88). A concentração das pontuações conduz a uma baixa dispersão, refletida no valor do coeficiente de variação (10.5%).

Podemos concluir, de acordo com esta medida de avaliação do grau de concordância, que os enfermeiros possuem um grau de concordância elevado ou mesmo muito elevado.

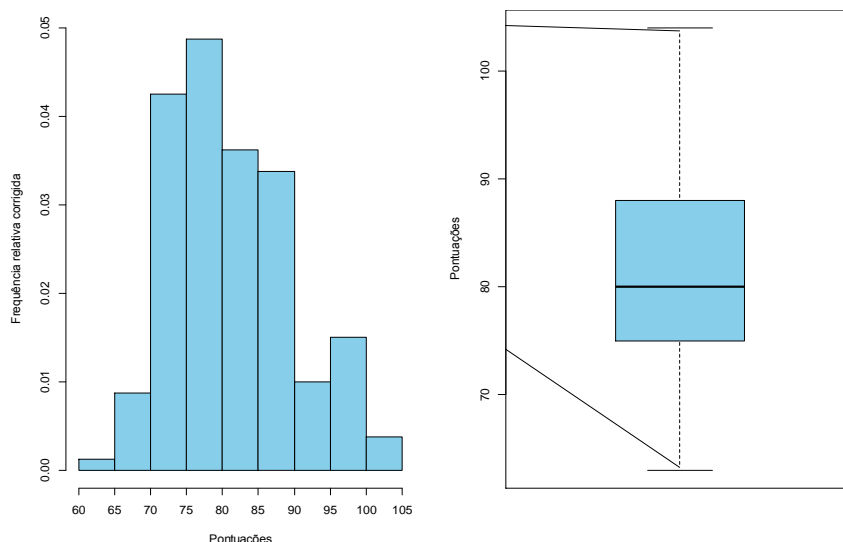


Gráfico 11: Representação gráfica da pontuação de concordância – global

Para comparar as pontuações (ou seja, o grau de concordância) dos enfermeiros, antes e depois da formação, recorre-se ao teste de Wilcoxon, uma vez que se tem amostras emparelhadas e que as pontuações não têm distribuição normal (como é visível nos histogramas acima). A hipótese nula em teste é que a pontuação média antes e depois da formação é igual, enquanto a alternativa é que a pontuação média depois da formação é superior. O valor da estatística-teste é 2773, conduzindo a um valor-p de 0, pelo que se rejeita a hipótese nula e se conclui que as pontuações (ou seja, o grau de concordância) aumentaram após a formação.

Na tabela 38 é realizada a mesma análise anterior, mas pelos diferentes contextos da prática. Pretende-se analisar se as atitudes dos enfermeiros se alteraram antes e após a intervenção, mas, neste caso, por cada serviço.

	Estatística	val-p
Medicinas	90.0	0.005
UCA/BO	111.5.0	0.019
Urgências	76.5	0.234
Cirurgia	16.5	0.001
Pediatria	24.0	0.021
Obstetrícia	26.5	0.017
Ortopedia	46.5.0	0.08
Cons.	7.5	0.15

Tabela 38: Comparação das atitudes dos enfermeiros por serviço

Nos serviços de medicina, o valor da estatística do teste de Wilcoxon é 90, conduzindo a um valor-p de 0.005, pelo que se rejeita a hipótese nula e se conclui que as pontuações aumentaram após a formação. Na conjugação da unidade cirúrgica de ambulatório (UCA) e o bloco operatório (BO), o valor da estatística do teste de Wilcoxon é 111.5, conduzindo a um valor-p de 0.019, pelo que se rejeita a hipótese nula e se conclui que as pontuações aumentaram após a formação.

No que se refere aos serviços de urgência, sendo eles a urgência e a urgência pediátrica, o valor da estatística do teste de Wilcoxon é 76.5, conduzindo a um valor-p de 0.234, pelo que não se rejeita a hipótese nula e se conclui que as pontuações não sofreram alteração após a formação.

No serviço de cirurgia, o valor da estatística do teste de Wilcoxon é 16.5, conduzindo a um valor-p de 0.001, pelo que se rejeita a hipótese nula e se conclui que as pontuações aumentaram após a formação.

Na pediatria, o valor da estatística do teste de Wilcoxon é 24, conduzindo a um valor-p de 0.021, pelo que se rejeita a hipótese nula e se conclui que as pontuações aumentaram após a formação. Na obstetrícia o valor da estatística do teste de Wilcoxon é 26.5, conduzindo a um valor-p de 0.017, pelo que se rejeita a hipótese nula e se conclui que as pontuações aumentaram após a formação.

No que se refere à ortopedia, o valor da estatística do teste de Wilcoxon é 46.5, conduzindo a um valor-p de 0.08, não significativo a um nível de

significância de 5%, mas já significativo a 10%, pelo que se opta por considerá-lo significativo. Logo, rejeita-se a hipótese nula e conclui-se que as pontuações aumentaram um pouco após a formação.

Por último, a consulta externa, onde o valor da estatística do teste de Wilcoxon é 7.5, conduzindo a um valor-p de 0.15, pelo que não se rejeita a hipótese nula e se conclui que não houve alteração nas pontuações (ou seja, no grau de concordância). Esta conclusão, que contraria as indicações fornecidas pela comparação das medidas descritivas entre os dois momentos (Antes da formação: Média: 76,9; Mediana: 78; Depois da formação: Média: 79,6; Mediana=79), deve-se ao baixo número de observações que não permite que as diferenças existentes sejam consideradas significativas.

Fisher, et al (2008) salienta que os enfermeiros que acreditam ser importante a presença da família, são mais propensos a incluir as famílias nos cuidados diários. Ser esse o objeto de estudo da nossa intervenção.

A mudança de atitudes dos profissionais é com frequência um objetivo a alcançar numa instituição, apesar de ser um conceito que não é fácil de modificar em idade adulta (Sousa, 2011). Ao longo destas páginas, é possível concluir ter havido impacto nas atitudes dos enfermeiros perante a família, após a estratégia formativa.

5.6. Impacte nos Conflitos com a Família

O conflito faz parte da história da humanidade, encontra-se sempre presente nas relações humanas, assim como nas relações profissionais. *“O conflito origina-se na diversidade de pontos de vista entre pessoas, na pluralidade de interesses, valores, experiências, necessidades e expectativas, na diferença entre as formas de agir e pensar de cada um dos envolvidos (Franque, 2006, p. 31).”* Não existe uma definição simples de conflito, o

desenvolvimento do conflito é um processo dinâmico no qual as partes se influenciam mutuamente (McIntyre, 2007).

Cunha et al. (2003) salienta que, atualmente começa a ser consensual a ideia de que os conflitos não são, necessariamente maus, podendo a sua existência levar a novas e melhores soluções, pelo que, devem ser encarados como um facto natural, decorrente das relações interpessoais e um possível gerador de mudança. Independentemente do tipo de laço que une os indivíduos há sempre momentos na vida em que os sentimentos, pensamentos, interesses, objetivos e ações de cada um, acabam por colidir com os dos outros, não tendo, necessariamente, um carácter destrutivo (Cunha, Moreira, & Silva, 2003). Este aspeto pode ser produtivo para o desenvolvimento de uma organização.

O conflito é um dos muitos problemas encontrados em qualquer organização, incluindo hospitais, onde ocorre a interação humana constante. A possibilidade de ocorrência em contexto hospitalar é consideravelmente, maior, devido às interações complexas e frequentes entre os enfermeiros e outros funcionários e à multiplicidade de papéis que desempenham (Nayeri & Negarandeh, 2009).

De seguida, é apresentado o impacte da intervenção nos conflitos dos enfermeiros com as famílias nos cuidados de enfermagem, antes e depois da formação, e por fim, a comparação dos resultados obtidos em ambos os momentos.

Antes da formação

A tabela abaixo ilustra a frequência dos itens que integram a escala de conflitos aplicada antes da formação. A primeira fase evidencia alguns itens referentes à integração das famílias, nomeadamente no item: *“Perante uma situação problemática com o familiar do utente, tento integrar as minhas ideias e as suas, para alcançar uma decisão conjunta”*, onde o “Concordo” é

a resposta maioritária (74.4% das respostas), seguindo-se “Concordo fortemente” (22.5%), “Discordo” (1.9%) e “Indiferente” (1.3%), não existindo quaisquer respostas “Discordo fortemente”. Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é muito elevado (note-se que “Concordo fortemente” e “Concordo”, em conjunto, representam 96.9% das respostas). Assim como no item: “*Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, tento analisar conjuntamente a situação, para conseguir uma compreensão adequada do mesmo*”, onde o “Concordo” é a resposta maioritária (73.1% das respostas), seguindo-se “Concordo fortemente” (23.1%), “Indiferente” (3.1%) e “Discordo” (0.6%), não existindo quaisquer respostas “Discordo fortemente”. Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros é muito elevado (note-se que “Concordo fortemente” e “Concordo” em conjunto representam 96.3% das respostas).

Conflitos	Frequência (%)					
	Discordo fortemente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo fortemente	Total
Perante a dificuldade de trabalho com o familiar do utente, tento analisar a situação com ele, para encontrar uma solução aceitável para ambos	0.0	2.5	8.1	76.3	13.1	100.0
Perante um problema de trabalho, geralmente tento satisfazer as necessidades do familiar do utente.	2.5	18.1	10.6	61.3	7.5	100.0
Perante um conflito com o familiar do utente, procuro evitar que me coloquem numa situação difícil e tento não implicar ninguém no problema.	2.5	17.5	12.5	51.9	15.6	100.0
Perante uma situação problemática com o familiar do utente, tento integrar as minhas ideias e as suas, para alcançar uma decisão conjunta.	0.0	1.9	1.3	74.4	22.5	100.0
Procuro analisar com o familiar do utente as soluções para os problemas que nos beneficiem a ambos.	0.6	6.9	6.3	66.3	20.0	100.0
Quando se trata de problemas de trabalho, de um modo geral, evito discutir abertamente com o familiar do utente.	1.9	10.0	8.8	53.8	25.6	100.0
Procuro encontrar caminhos intermédios no intuito de avançar para uma solução.	0.0	2.5	5.0	76.3	16.3	100.0
Procuro utilizar todos os recursos ao meu alcance, para que as minhas ideias sejam aceites.	1.3	38.1	14.4	40.6	5.6	100.0
Uso o meu prestígio profissional e a autoridade conferida, para pressionar em meu favor.	32.5	53.1	7.5	6.3	0.6	100.0
Geralmente, atuo como deseja o familiar do utente.	8.8	60.0	14.4	15.0	1.9	100.0
Usualmente, acato os desejos do familiar do utente.	4.4	40.0	15.0	36.3	4.4	100.0
Perante uma situação problemática com o familiar do utente, a informação que troco com ele é sempre verdadeira	0.0	6.9	5.6	65.6	21.9	100.0
Perante uma dificuldade de trabalho com o familiar do utente, geralmente faço-lhe concessões.	1.3	35.0	27.5	33.8	2.5	100.0
Usualmente, proponho um caminho intermédio, para romper com os pontos mortos. (impasses)	0.0	10.0	15.6	68.1	6.3	100.0
Perante problemas de trabalho, procuro conseguir acordos com o familiar do utente.	0.6	12.5	10.6	70.0	6.3	100.0
Tento não mostrar desacordo com o familiar do utente.	1.3	33.1	16.9	43.1	5.6	100.0
Evito confrontos com o familiar do utente.	0.6	7.5	7.5	61.3	23.1	100.0

Uso os meus conhecimentos e experiência profissional, para que as decisões me favoreçam.	8.8	40.6	10.6	33.1	6.9	100.0
No trabalho, de um modo geral, acato as sugestões do familiar do utente.	3.1	33.1	20.6	41.9	1.3	100.0
Ao procurar soluções para um problema de trabalho com o familiar do utente, por vezes, tenho que ceder um pouco para conseguir algo.	0.6	10.6	10.6	73.1	5.0	100.0
Perante uma situação problemática com o familiar do utente, geralmente mostro-me firme para procurar impor o meu ponto de vista.	5.0	51.9	11.9	30.0	1.3	100.0
Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, procuro colocar claramente os nossos interesses, para que o problema seja resolvido da	1.9	17.5	8.8	56.9	15.0	100.0
Colaboro com o familiar do utente, para chegar a soluções aceitáveis para ambos.	0.6	1.3	1.9	70.6	25.6	100.0
No trabalho, tento satisfazer as expectativas do familiar do utente.	0.6	6.9	10.0	64.4	18.1	100.0
Algumas vezes, uso todos os recursos ao meu alcance, para ganhar numa situação de competição com o familiar do utente.	28.1	48.8	16.9	5.6	0.6	100.0
Procuro não mostrar o meu desacordo com o familiar do utente, para evitar problemas.	7.5	46.9	13.1	26.3	6.3	100.0
Tento evitar situações aborrecidas e desagradáveis com o familiar do utente.	1.3	5.0	6.3	65.0	22.5	100.0
Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, tento analisar conjuntamente a situação, para conseguir uma compreensão adequada do	0.0	0.6	3.1	73.1	23.1	100.0

Tabela 39: Conflitos com as Famílias nos Cuidados Antes da formação

No entanto, também se evidencia um estilo de dominação sobre a família. No item *“Procuro utilizar todos os recursos ao meu alcance, para que as minhas ideias sejam aceites”*, o “Concordo” é a resposta mais frequente (40.6% das respostas), seguindo-se “Discordo” (38.1%), “Indiferente” (14.4%), “Concordo fortemente” (5.6%) e “Discordo fortemente” (1.3%). Salienta-se que o “Concordo fortemente” e “Concordo”, em conjunto, representam 46.3% das respostas. No caso do item: *“Uso os meus conhecimentos e experiência profissional, para que as decisões me favoreçam”*, onde o “Concordo fortemente” e “Concordo” em conjunto representam 40% das respostas. Assim como, no item: *“Perante uma situação problemática com o familiar do utente, geralmente mostro-me firme para procurar impor o meu ponto de vista”*, onde o “Concordo fortemente” e “Concordo”, em conjunto, representam 31.3% das respostas.

Depois da Formação

A tabela 39 ilustra a frequência dos itens que integram a escala de conflitos aplicada após a formação. Não se evidenciam grandes oscilações entre esta fase e a fase anterior.

Conflitos	Frequência (%)					
	Discordo fortemente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo fortemente	Total
Perante a dificuldade de trabalho com o familiar do utente, tento analisar a situação com ele, para encontrar uma solução aceitável para ambos	0.6	1.3	4.4	75.0	18.8	100.0
Perante um problema de trabalho, geralmente tento satisfazer as necessidades do familiar do utente.	1.9	15.6	18.1	55.6	8.8	100.0
Perante um conflito com o familiar do utente, procuro evitar que me coloquem numa situação difícil e tento não implicar ninguém no problema.	1.3	21.9	7.5	59.4	10.0	100.0
Perante uma situação problemática com o familiar do utente, tento integrar as minhas ideias e as suas, para alcançar uma decisão conjunta.	0.0	0.6	4.4	73.8	21.3	100.0
Procuro analisar com o familiar do utente as soluções para os problemas que nos beneficiem a ambos.	0.6	4.4	3.1	69.4	22.5	100.0
Quando se trata de problemas de trabalho, de um modo geral, evito discutir abertamente com o familiar do utente.	2.5	12.5	6.9	61.3	16.9	100.0
Procuro encontrar caminhos intermédios no intuito de avançar para uma solução.	0.6	5.6	3.8	71.9	18.1	100.0
Procuro utilizar todos os recursos ao meu alcance, para que as minhas ideias sejam aceites.	2.5	41.3	18.8	31.9	5.6	100.0
Uso o meu prestígio profissional e a autoridade conferida, para pressionar em meu favor.	27.5	55.0	11.3	6.3	0.0	100.0
Geralmente, actuo como deseja o familiar do utente.	8.1	59.4	12.5	19.4	0.6	100.0
Usualmente, acato os desejos do familiar do utente.	6.3	38.8	14.4	38.1	2.5	100.0
Perante uma situação problemática com o familiar do utente, a informação que troco com ele é sempre verdadeira	0.6	10.0	5.0	57.5	26.9	100.0
Perante uma dificuldade de trabalho com o familiar do utente, geralmente faço-lhe concessões.	3.8	36.9	21.3	35.6	2.5	100.0
Usualmente, proponho um caminho intermédio, para romper com os pontos mortos. (impasses)	0.6	8.8	16.3	68.1	6.3	100.0
Perante problemas de trabalho, procuro conseguir acordos com o familiar do utente.	0.6	17.5	10.0	61.9	10.0	100.0
Tento não mostrar desacordo com o familiar do utente.	2.5	32.5	15.6	43.8	5.6	100.0
Evito confrontos com o familiar do utente.	1.9	6.3	4.4	65.6	21.9	100.0
Uso os meus conhecimentos e experiência profissional, para que as decisões me favoreçam.	10.0	36.3	16.3	28.1	9.4	100.0
No trabalho, de um modo geral, acato as sugestões do familiar do utente.	4.4	28.8	20.0	44.4	2.5	100.0
Ao procurar soluções para um problema de trabalho com o familiar do utente, por vezes, tenho que ceder um pouco para conseguir algo.	1.9	11.3	12.5	66.9	7.5	100.0
Perante uma situação problemática com o familiar do utente, geralmente mostro-me firme para procurar impor o meu ponto de vista.	6.3	51.9	13.8	25.6	2.5	100.0
Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, procuro colocar claramente os nossos interesses, para que o problema seja resolvido da	0.6	13.1	5.6	60.6	20.0	100.0
Colaboro com o familiar do utente, para chegar a soluções aceitáveis para ambos.	0.6	1.3	3.8	68.8	25.6	100.0
No trabalho, tento satisfazer as expectativas do familiar do utente.	0.6	7.5	11.3	62.5	18.1	100.0
Algumas vezes, uso todos os recursos ao meu alcance, para ganhar numa situação de competição com o familiar do utente.	28.8	51.3	13.1	5.0	1.9	100.0
Procuro não mostrar o meu desacordo com o familiar do utente, para evitar problemas.	8.8	38.8	15.0	35.6	1.9	100.0
Tento evitar situações aborrecidas e desagradáveis com o familiar do utente.	1.9	6.3	6.3	64.4	21.3	100.0
Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, tento analisar conjuntamente a situação, para conseguir uma compreensão adequada do	0.6	0.6	4.4	67.5	26.9	100.0

Tabela 40: Conflitos com as Famílias nos Cuidados Depois da Formação

Mas, quando analisados alguns dos itens referidos anteriormente, num estilo de gestão de conflito de dominação, observa-se a diminuição da sua frequência. No item “*Procuro utilizar todos os recursos ao meu alcance, para*

que as minhas ideias sejam aceites”, o “Discordo” é a resposta mais frequente (41,3% das respostas), e o “Concordo fortemente” e “Concordo”, em conjunto, representam 37,5% das respostas. No caso do item: “*Uso os meus conhecimentos e experiência profissional, para que as decisões me favoreçam*”, o “Concordo fortemente” e “Concordo” em conjunto representam 37,5% das respostas. Assim como, no item: “*Perante uma situação problemática com o familiar do utente, geralmente mostro-me firme para procurar impor o meu ponto de vista*”, onde o “Concordo fortemente” e “Concordo”, em conjunto, representam 28,1% das respostas.

Comparação nos dois momentos

Para comparar o grau de concordância nos conflitos dos enfermeiros, antes e depois da formação, recorre-se ao teste (não paramétrico) de Wilcoxon, tal como anteriormente. A hipótese nula em teste é que o grau de concordância médio, antes e depois da formação, é o mesmo; enquanto a alternativa é que o grau de concordância depois da formação é superior. Os resultados encontram-se apresentados na tabela 41.

Conflitos	Estatística	valor-p
Perante a dificuldade de trabalho com o familiar do utente, tento analisar a situação com ele, para encontrar uma solução aceitável para ambos	541.0	0.018
Perante um problema de trabalho, geralmente tento satisfazer as necessidades do familiar do utente.	1752.5	0.519
Perante um conflito com o familiar do utente, procuro evitar que me coloquem numa situação difícil e tento não implicar ninguém no problema.	1962.0	0.728
Perante uma situação problemática com o familiar do utente, tento integrar as minhas ideias e as suas, para alcançar uma decisão conjunta.	550.0	0.663
Procuro analisar com o familiar do utente as soluções para os problemas que nos beneficiem a ambos.	812.5	0.083
Quando se trata de problemas de trabalho, de um modo geral, evito discutir abertamente com o familiar do utente.	2178.0	0.084
Procuro encontrar caminhos intermédios no intuito de avançar para uma solução.	1287.5	0.229
Procuro utilizar todos os recursos ao meu alcance, para que as minhas ideias sejam aceites.	1651.5	0.072
Uso o meu prestígio profissional e a autoridade conferida, para pressionar em meu favor.	1013.0	0.152
Geralmente, atuo como deseja o familiar do utente.	1557.0	0.379
Usualmente, acato os desejos do familiar do utente.	1992.5	0.229
Perante uma situação problemática com o familiar do utente, a informação que troco com ele é sempre verdadeira	1267.0	0.356
Perante uma dificuldade de trabalho com o familiar do utente, geralmente faço-lhe concessões.	2159.0	0.321

Usualmente, proponho um caminho intermédio, para romper com os pontos mortos. (impasses)	883.0	0.495
Perante problemas de trabalho, procuro conseguir acordos com o familiar do utente.	1108.5	0.239
Tento não mostrar desacordo com o familiar do utente.	1924.5	0.483
Evito confrontos com o familiar do utente.	897.0	0.446
Uso os meus conhecimentos e experiência profissional, para que as decisões me favoreçam.	2326.0	0.359
No trabalho, de um modo geral, acato as sugestões do familiar do utente.	1272.0	0.260
Ao procurar soluções para um problema de trabalho com o familiar do utente, por vezes, tenho que ceder um pouco para conseguir algo.	849.0	0.247
Perante uma situação problemática com o familiar do utente, geralmente mostro-me firme para procurar impor o meu ponto de vista.	1501.0	0.341
Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, procuro colocar claramente os nossos interesses, para que o problema seja resolvido da melhor forma possível.	1011.0	0.019
Colaboro com o familiar do utente, para chegar a soluções aceitáveis para ambos.	697.0	0.365
No trabalho, tento satisfazer as expectativas do familiar do utente.	1057.5	0.363
Algumas vezes, uso todos os recursos ao meu alcance, para ganhar numa situação de competição com o familiar do utente.	1953.5	0.353
Procuro não mostrar o meu desacordo com o familiar do utente, para evitar problemas.	1538.0	0.219
Tento evitar situações aborrecidas e desagradáveis com o familiar do utente.	1080.0	0.223
Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, tento analisar conjuntamente a situação, para conseguir uma compreensão adequada do mesmo.	744.5	0.407

Tabela 41: Teste Wilcoxon-comparação da concordância nos conflitos

Observa-se que o valor-p é inferior a 5%, levando a rejeitar a hipótese nula, nos itens: “*Perante a dificuldade de trabalho com o familiar do utente, tento analisar a situação com ele, para encontrar uma solução aceitável para ambos*” e “*Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, procuro colocar claramente os nossos interesses, para que o problema seja resolvido da melhor forma possível*”. Portanto, o grau de concordância dos enfermeiros nestes itens aumentou significativamente após a formação, pelo que se pode concluir que esta foi eficaz apenas nestes. Nos restantes itens, o valor-p é superior a 5%, pelo que não se rejeita a hipótese nula, concluindo-se, por isso, que o grau de concordância não se alterou após a formação.

Apesar, de globalmente, só em dois itens da escala ter havido variação (positiva, como vimos) do grau de concordância dos enfermeiros após a formação, podem ser encontradas variações desse grau em alguns subgrupos de enfermeiros, definindo-se esses subgrupos conforme as suas características sociodemográficas e profissionais.

Para este efeito, a variação do grau de concordância, entre o momento antes e o momento depois da formação, pode ser no máximo de “Discordo

fortemente” para “Concordo fortemente” e no mínimo o inverso, ou seja, de “Concordo fortemente” para “Discordo fortemente”, podendo existir quaisquer variações intermédias entre os graus de concordância. No entanto, como são raras as grandes variações, definiram-se apenas 5 categorias: quando o grau diminui dois níveis ou mais, quando o grau diminui num nível apenas, quando o grau permanece constante, quando o grau aumenta num nível apenas e quando o grau aumenta dois níveis ou mais, o que significa que esta variação é uma variável qualitativa ordinal (à semelhança da escala das atitudes).

Com o objetivo de determinar quais os fatores sociodemográficos e profissionais que afetam significativamente a variação do grau de concordância, na escala, ajustou-se para cada item, um modelo de regressão ordinal (tal como para as atitudes). Além disso, procedeu-se aos mesmos ajustamentos efetuados na escala das atitudes

De modo a simplificar a análise, apenas são apresentadas as causas da variação do grau de concordância dos itens da escala dos conflitos com significado e coerência no sentido global da utilização da escala. Reporta-se para anexo todos os restantes dados. (Anexo V)

	Causas da variação do grau de concordância				
Conflitos	Urgência	Urgência Pediátrica.	Consulta Externa	Método Referencia	Formação enf Familia
Perante a dificuldade de trabalho com o familiar do utente, tento analisar a situação com ele, para encontrar uma solução aceitável para ambos				↓	
Procuro analisar com o familiar do utente as soluções para os problemas que nos beneficiem a ambos.	↓	↓	↓	↓	↑
Procuro utilizar todos os recursos ao meu alcance, para que as minhas ideias sejam aceites.	↓	↓	↓	↓	
Usualmente, acato os desejos do familiar do utente.					↑
Perante uma dificuldade de trabalho com o familiar do utente, geralmente faço-lhe concessões.		↓			
Uso os meus conhecimentos e experiência profissional, para que as decisões me favoreçam.	↓	↓	↓		

Perante uma situação problemática com o familiar do utente, geralmente mostro-me firme para procurar impor o meu ponto de vista.					↑
Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, procuro colocar claramente os nossos interesses, para que o problema seja resolvido da melhor forma possível.					↑
No trabalho, tento satisfazer as expectativas do familiar do utente.	↓				
Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, tento analisar conjuntamente a situação, para conseguir uma compreensão adequada do mesmo.	↓				

Tabela 42: Principais causas da variação dos itens da escala dos conflitos

Os resultados da estimação mostram que as variáveis explicativas a reter no modelo são poucas, e apenas em relação a alguns itens da escala. As variáveis que, efetivamente, afetam mais frequentemente a variação do grau de concordância na escala, são o Local de trabalho (distinguindo-se a Urgência, Urgência Pediátrica e a Consulta externa), o método do enfermeiro de referência e a formação em enfermagem de família.

Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que a variação do grau de concordância depende de forma decrescente de o local de trabalho ser a Urgência, Urgência pediátrica e consulta externa. Ou seja, a variação do grau de concordância dos enfermeiros que trabalham na Urgência, Urgência Pediátrica e Consulta externa é inferior à dos enfermeiros que trabalham em outros contextos.

Relativamente à Metodologia de trabalho, conclui-se que a variação do grau de concordância dos enfermeiros que utilizam o Método do enfermeiro de referência é inferior à dos enfermeiros que utilizam qualquer outro método, que não se distinguem entre si.

Relativamente à formação em enfermagem de família, conclui-se que a variação do grau de concordância dos enfermeiros que detêm esta formação é superior à dos enfermeiros que não a têm.

A escala ROCI-II integra cinco dimensões: a Integração, o servilismo, evitamento, compromisso e dominação (Cunha, Moreira, & Silva, 2003). Para comparar o grau de concordância dos enfermeiros antes e depois da formação nas dimensões da escala, recorre-se novamente ao teste de

Wilcoxon, sendo as hipóteses iguais às do teste para as atitudes. Os resultados encontram-se na tabela 43, onde se observa que o valor-p é superior a 5% em todas as dimensões, levando a não rejeitar a hipótese nula, o que significa que se conclui que o grau de concordância não se alterou após a formação.

Dimensão	Nº de itens	Antes da formação		Depois da formação		Teste de Wilcoxon	
		Média (dp)	Score Médio	Média (dp)	Score Médio	Est teste	valor-p
Integração	7	28.2 (2.63)	4.03	28.6 (3.00)	4.08	3464.5	0.073
Servilismo	6	18.9 (3.35)	3.15	18.9 (3.65)	3.15	4603.0	0.453
Evitamento	6	21.5 (3.52)	3.58	21.3 (3.50)	3.55	4722.0	0.329
Compromisso	4	15.2 (1.81)	3.79	15.0 (2.24)	3.75	2913.0	0.275
Dominação	5	17.4 (3.41)	3.48	17.5 (3.29)	3.50	4031.0	0.169

Tabela 43: Comparação das dimensões da escala dos conflitos antes e após

Pontuação total Antes da formação

Com o objetivo de obter uma medida global do grau de concordância na escala dos conflitos, utilizaram-se as respectivas pontuações (1 a 5) e, para cada enfermeiro, calculou-se a pontuação total (tal como foi efetuado na escala das atitudes). Pretendendo-se que essa medida seja crescente com o grau de concordância, inverteu-se a escala dos conflitos nos itens referentes ao estilo de dominação. Analisam-se em primeiro lugar, os resultados globais e a sua comparação, seguindo-se a comparação por grupos de locais de trabalho (ou seja, os serviços) dos enfermeiros.

A pontuação global da escala dos conflitos varia entre 77, um pouco abaixo do ponto médio da escala (84), e 116, substancialmente inferior ao máximo possível, ou seja, 140 (quando um enfermeiro atinge o grau de concordância total), o que significa que as pontuações são elevadas, não existindo

quaisquer pontuações que possam ser consideradas baixas, mas não existindo, também, pontuações muito altas (Tabela 44).

Coeficientes	Valor
Mínimo	77.0
Máximo	116.0
Média	93.6
1º Quartil	89.0
Mediana	93.0
3º Quartil	99.0
Coef. assimetria	0.22
Desvio padrão	7.2
Coeficiente de variação	7.7%

Tabela 44: Caracterização da Pontuação Total dos Conflitos – Antes

Assim, a distribuição da pontuação total é quase simétrica, registando-se apenas uma assimetria positiva muito ligeira (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0.22), o que significa que predominam as pontuações intermédias, em torno da classe entre 90 e 95 pontos (ou seja, as pontuações entre 85 e 100) e registando-se diminuições graduais do número de pontuações à esquerda de 90 e à direita de 95, conforme claramente demonstra o histograma. (Gráfico 12)

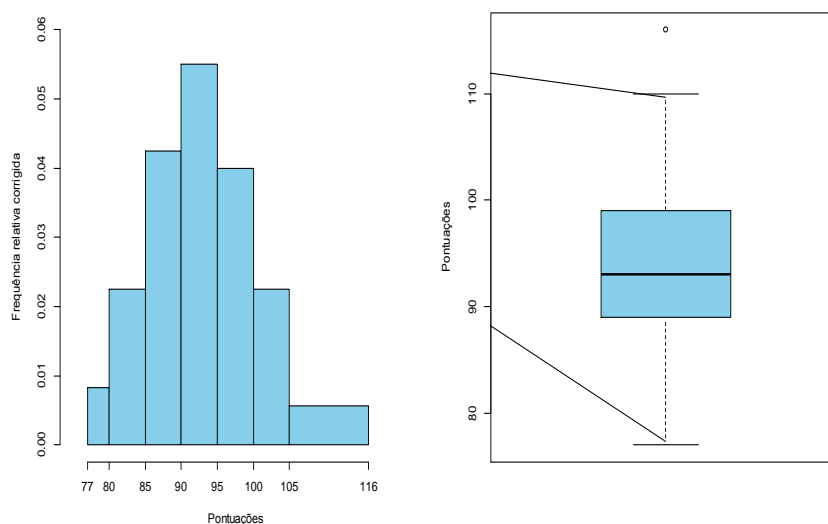


Gráfico 12: Representação Gráfica da pontuação nos conflitos- Antes

A pontuação média é 93.6 (muito superior ao ponto médio da escala que é 84), quase coincidente com a mediana que é 93; o 1º quartil é 89, e o 3º

quartil é 99 (ou seja, três quartos dos enfermeiros têm pontuações até este valor), o que mostra o predomínio das pontuações entre 85 e 100 (note-se que metade dos enfermeiros tem pontuações entre 89 e 99). A concentração das pontuações conduz a uma baixa dispersão, refletida no valor do coeficiente de variação (7.7%).

Em resumo, de acordo com esta medida de avaliação, os enfermeiros antes da formação possuem um grau de concordância elevado.

Depois da formação

A pontuação total da escala após a formação varia entre 68 e 118, o que significa que as pontuações são elevadas (recorde-se que o mínimo possível da escala é 28), não existindo quaisquer pontuações que possam ser consideradas baixas, mas não existindo, também, pontuações muito altas, tal como antes da formação (Tabela 45).

Coeficientes	Valor
Mínimo	68.0
Máximo	118.0
Média	93.6
1º Quartil	88.0
Mediana	93.5
3º Quartil	99.0
Coef. Assimetria	0.08
Desvio padrão	8.3
Coeficiente de variação	8.9%

Tabela 45: Caracterização da Pontuação de Concordância dos Conflitos

A distribuição da pontuação total encontra-se próxima da simetria (o coeficiente de assimetria de Fisher é 0.08), o que significa a predominância das pontuações intermédias, entre 85 e 100 pontos, registando-se quebras abruptas do número de pontuações à esquerda de 85 e à direita de 100, conforme demonstrado no histograma (Gráfico 12).

A pontuação média é 93.6, quase coincidente com a mediana que é 93.5. A concentração das pontuações conduz a uma baixa dispersão, refletida no valor do coeficiente de variação (8.9%).

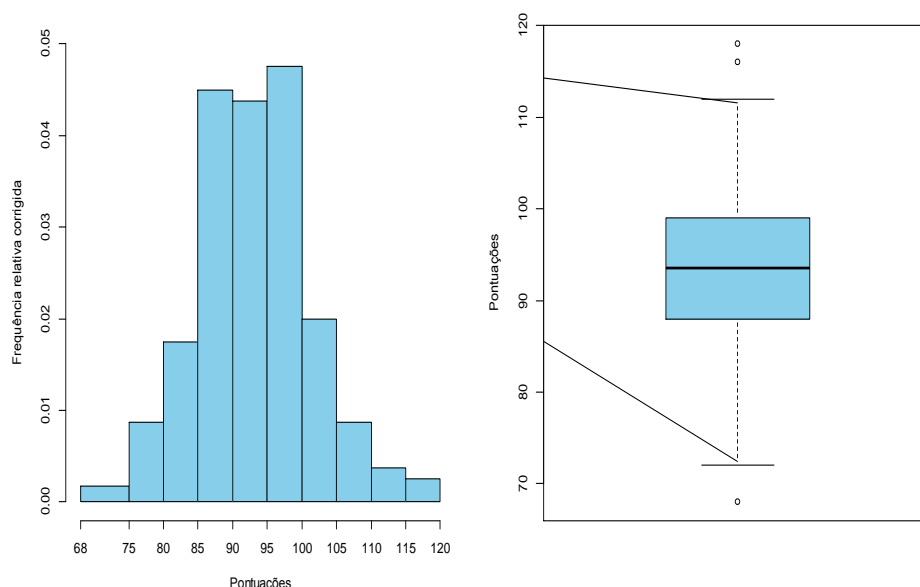


Gráfico 13: Representação Gráfica da Pontuação de Concordância dos Conflitos

Em suma, de acordo com esta medida de avaliação do grau de concordância, os enfermeiros possuem um grau de concordância elevado, não existindo pontuações baixas, nem muito elevadas, tal como sucede antes da formação.

Para comparar as pontuações (ou seja, o grau de concordância) dos enfermeiros antes e depois da formação, recorre-se ao teste de Wilcoxon, tal como para a escala das atitudes. A hipótese nula em teste é que a pontuação média antes e depois da formação é igual, enquanto a alternativa é que a pontuação média, depois da formação, é superior.

O valor da estatística-teste é 5397.5, conducente a um valor-p de 0.413, pelo que não se rejeita a hipótese nula e se conclui que as pontuações (ou seja, o grau de concordância) não sofreram alteração após a formação (o que é visível através da comparação entre as medidas descritivas, antes e depois da formação, apresentadas nas duas tabelas anteriores).

Na tabela 46, é realizada a mesma análise anterior, mas pelos diferentes contextos da prática. Pretendendo-se analisar se o valor da concordância total na escala dos conflitos dos enfermeiros sofreu alterações, antes e após a intervenção, mas, neste caso, por cada serviço.

	Estatística	val-p
Medicinas	211.0	0.82
UCA/BO	256.5	0.57
Urgências	68.5	0.361
Cirurgia	111.5	0.116
Pediatria	91.0	0.122
Obstetrícia	12.5	0.004
Ortopedia	62.5	0.261
Cons.	4.0	0.104

Tabela 46. Comparação do grau de concordância dos conflitos por serviço

Através da tabela 46 é visível que, apenas no serviço de obstetrícia existem alterações antes e após a formação. Com efeito, o valor da estatística do teste de Wilcoxon é 12.5, conduzindo a um valor-p de 0.004, pelo que se rejeita a hipótese nula e se conclui que as pontuações aumentaram após a formação.

Em jeito de síntese sobre os conflitos, cita-se o relatório de 2011 do Sistema Sim-Cidadão sobre as queixas do Sistema Nacional de Saúde, onde, os enfermeiros são o quarto grupo mais visado, antecedido pelos médicos, dirigentes intermédios e assistente técnico (Ministério da Saúde, 2012).

A este nível, as relações entre enfermeiro e a família são frequentemente intersectadas por situações de conflito (Sousa, 2011). Talvez porque as necessidades das famílias sejam muitas vezes colocadas em segundo plano, nomeadamente as dúvidas da prestação de cuidados, as crenças, os mitos, a falta de informação sobre a doença, os recursos e a necessidade de apoio emocional (Wright & Leahey, 2009). Dos resultados desta intervenção, observa-se que através do grau de concordância da aplicação da escala o impacte foi menor do que nas atitudes.

5.7. Impacte na informação documentada sobre Família

A informação documentada pelos enfermeiros permite evidenciar os cuidados prestados à pessoa e família. *“A disponibilidade de informação apoiada em conjuntos de dados válidos e fiáveis é condição essencial para a produção de análises mais objetivas, assim como para a tomada de decisões baseadas em evidência e para a definição de ações estratégicas em saúde (Pereira, 2009, p. 70).”* Os registos são um instrumento imprescindível no dia-a-dia dos enfermeiros.

Na análise da informação documentada pelos enfermeiros, pretendeu-se pesquisar sobre os cuidados prestados à família da pessoa em contexto hospitalar. Conforme já foi referido, foi realizada a análise, ao longo de um mês, de toda a informação documentada pelos enfermeiros para a pessoa em internamento hospitalar. Este procedimento ocorreu antes e após a intervenção. Recorde-se, que para esta análise, foi consultado o SAPE® (Sistema de Apoio à Prática de Enfermagem). Este sistema, além de ferramenta de apoio à atividade do enfermeiro, tendo por base a CIPE®, de acordo com orientações da ordem dos enfermeiros, também organiza a informação processada na documentação de enfermagem (IGIF, 2004).

Neste âmbito, apenas foram consultados os processos de internamento. Desta análise, foram excluídos os registos dos serviços de urgência e os serviços de ambulatório. (Consulta externa e Unidade cirúrgica de ambulatório – UCA), por não possuírem o mesmo instrumento de registo, o que dificultaria a comparação de dados. No caso dos internamentos em urgência em observações, ou seja, episódios de urgência com mais de 24 horas, os registos também são realizados no SAPE®, mas ficam automaticamente, ligados a um dos serviços de internamento.

Conforme referenciado anteriormente, a pesquisa da informação documentada pelos enfermeiros foi realizada tendo por base o modelo de Calgary de Avaliação e intervenção Familiar, pelo que, nas páginas que se seguem, são relatados os dados de acordo com este modelo, ao longo dos dois momentos (Antes e Após a formação). Para facilitar a apresentação dos dados, é descrita avaliação e intervenção na família antes e depois da formação, e posteriormente a sua comparação.

Caracterização da amostra antes da formação

A amostra é composta por 536 pessoas, e nela predominam pessoas do género feminino (61.9%, ou seja, 332 mulheres). A distribuição das idades aponta para a existência de um grande número de pessoas com idade inferior a 1 ano (a idade mínima) e a de poucos com idade até 15 anos. (Tabela 47). Observa-se a existência de dois grupos com maior frequência: entre 30 e 45 anos e entre 70 e 85 anos. As restantes classes etárias apresentam estruturas semelhantes, com exceção das idades superiores a 90 anos, em que existem muito poucos elementos (sendo o máximo 97).

Coeficientes	Valor
Mínimo	0
Máximo	97
Média	48
1º Quartil	30
Mediana	47
3º Quartil	72
Coef. Assimetria	-0.19
Desvio padrão	26.5
Coeficiente de variação	55.2%

Tabela 47: Caracterização da Idade Antes da Formação

Assim, a idade média é 48 anos, muito próxima da mediana que é 47 anos; o 1º quartil é 30 anos e o 3º quartil é 72 anos, o que evidencia a grande dispersão das idades desde valores muito baixos até ao máximo de 97 anos (Gráfico 14). Em resultado desta dispersão, o coeficiente de variação é elevado (55.2%).

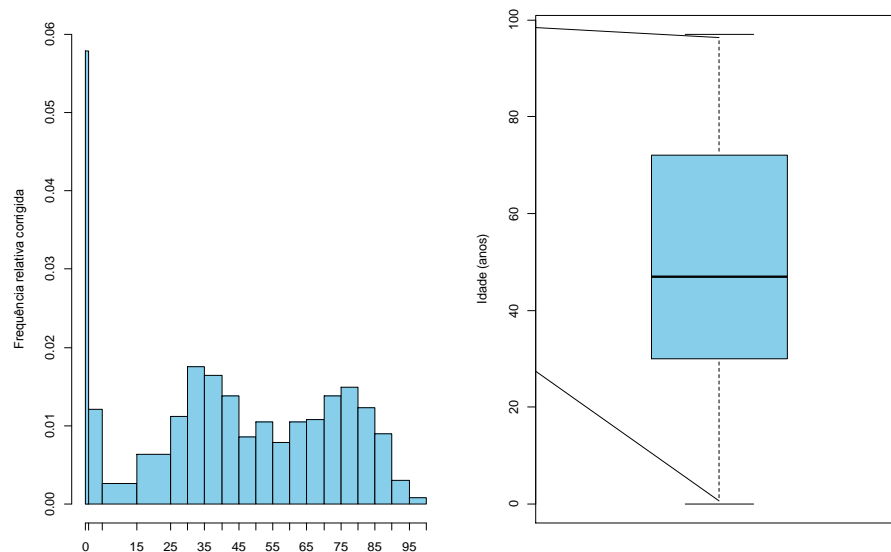


Gráfico 14: Representação Gráfica da Idade Antes da Formação

No que se refere ao tempo de internamento, existe uma pessoa cujo tempo de internamento é 160 dias, muito superior a todos os outros (tratando-se de um *outlier* severo), o que distorce toda a análise. Por este motivo, esse valor foi retirado para os cálculos que se seguem, de modo a evitar tal distorção, embora não se deixe de ter em conta que o tempo de internamento máximo encontrado é de 160 dias (Tabela 47).

Coeficientes	Valor
Mínimo	0
Máximo	55
Média	5.5
1º Quartil	2
Mediana	3
3º Quartil	7
Coef. Assimetria	3
Desvio padrão	6.3
Coeficiente de variação	113.8%

Tabela 48: Caracterização do tempo de Internamento Antes da Formação

A distribuição do tempo de internamento é fortemente assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 3), o que significa que o número de pessoas diminui à medida que se consideram tempos mais elevados (existindo muito poucas pessoas com tempos superiores a 12 dias), sendo

55 dias o tempo máximo encontrado (relembre-se que se retirou o valor de 160 dias).

Os Gráfico 15 mostram, de facto, um grande predomínio dos tempos mais baixos, até 3 dias (com importâncias semelhantes de 1, 2 e 3 dias e existindo muito poucas pessoas com tempo de 0 dias), onde se observa uma importante quebra do número de tempos e quebras graduais a partir de 6 dias até ao tempo máximo. Assim, o tempo médio é 5,5 dias apenas, sendo a mediana de 3 dias, o 1º quartil é 2 dias e o 3º quartil é 7 dias, o que evidencia o predomínio dos tempos até 3 dias; ou mesmo, até 9 dias. Apesar do predomínio dos tempos baixos, a existência de tempos muito mais elevados leva a uma grande dispersão, refletida no coeficiente de variação (113.8%). Note-se que se o valor máximo de 160 tivesse sido incluído, a dispersão seria muito mais elevada (coeficiente de variação de 157.6%).

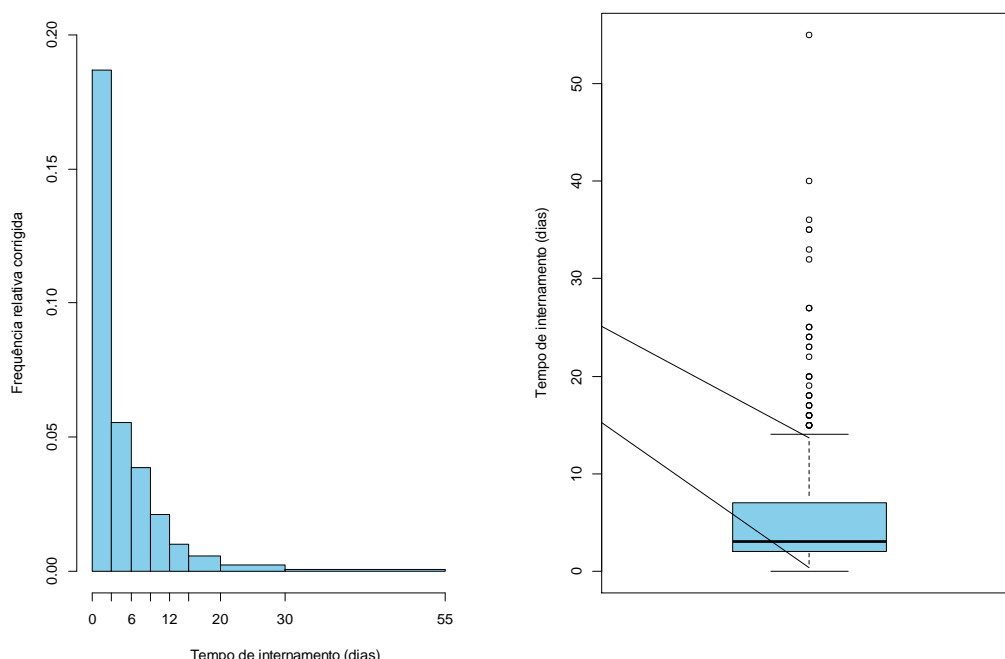


Gráfico 15: Representação Gráfica do Tempo de Internamento Antes

A proveniência da maioria das pessoas (381 ou 71.1%) é a urgência, sendo a dos restantes por internamento programado (155 ou 28.9%).

Na tabela 49, é possível observar a distribuição dos serviços de origem dos processos consultados, num total de 8: Cirurgia (22.2%), Ortopedia (18.5%), Obstetrícia (17.4%), Medicina homens (11.6%), Medicina mulheres (9%), Ginecologia (8.4%), Pediatria (7.6%) e Neonatologia (5.4%).

Serviço	N	%
Medicina homens	62	11.6
Medicina mulheres	48	9.0
Pediatria	41	7.6
Obstetrícia	93	17.4
Ortopedia	99	18.5
Cirurgia	119	22.2
Neonatologia	29	5.4
Ginecologia	45	8.4
Total	536	100.0

Tabela 49: Distribuição dos serviços antes da formação

Avaliação Inicial das Famílias antes da formação

O modelo de Calgary de Avaliação da família é uma estrutura multidimensional, com três categorias principais: Estrutural, Desenvolvimento e Funcional. Cada uma destas categorias contém várias subcategorias (Wright & Leahey, 2009).

Para análise da informação relativa aos dados documentados sobre avaliação da família, utilizámos todo o processo documental nomeadamente, avaliação inicial e as notas gerais. Conforme refere Wright & Leahey (2009) *“Nem todas as perguntas sobre as várias subcategorias do modelo precisam de ser feitas na primeira entrevista (Wright & Leahey, 2009, p. 47).”*

Na maioria dos processos consultados é registado o nome do prestador de cuidados (83.8%, ou seja, n: 449), assim como o contacto (82.1%, ou seja, 440). Na relação entre este prestador e a pessoa internada, a tabela 50 evidencia uma relação consanguínea. Destaca-se o Marido (20.7%), a Mãe (20%), a Filha (18.7%), a Esposa (16.2%) e o Filho (5.2%). Os restantes têm uma expressão muito diminuta (e existindo ainda os ausentes, que representam 25.2% do total, ou seja, N: 135).

Relação	N	%
Marido	83	20.7
Esposa	65	16.2
Companheiro/a	4	1.0
Pai	5	1.2
Mãe	80	20.0
Mãe e Pai	12	3.0
Filho	21	5.2
Filha	75	18.7
Genro	2	0.5
Nora	7	1.7
Amigo	9	2.2
Sobrinha	6	1.5
Vizinho	1	0.2
Irmão	4	1.0
Irmã	15	3.7
Neto	2	0.5
Neta	3	0.7
Namorada	1	0.2
Cuidador formal	1	0.2
Tia	2	0.5
Compadre	1	0.2
Sogra	1	0.2
Prima	1	0.2
Total	401	100.0

Tabela 50: Relação com o Prestador de Cuidados Antes da Formação

A tabela 51 apresenta a frequência de itens identificados e associados a cada uma das categorias e subcategorias do Modelo de Avaliação de Calgary, no total dos processos consultados.

	Sim			Sim	
	N	%		n	%
Estrutural interna			De desenvolvimento		
Composição familiar	92	17.2	Estágios	46	8.6
Gênero	0	0.0	Vínculos	0	0.0
Orientação sexual	0	0.0	Tarefas	1	0.2
Ordem de nascimento	53	9.9	Funcional Instrumental		
Sub-sistemas	15	2.8	Atividades da vida diária	21	3.9
Limites	0	0.0	Funcional Expressiva		
Estrutural externa			Comunicação emocional	3	0.6
Família extensa	8	1.5	Comunicação verbal	3	0.6
Sistemas mais amplos	69	12.9	Comunicação não verbal	14	2.6
Estrutural contexto			Comunicação circular	0	0.0
Etnia	0	0.0	Solução de problemas	4	0.7
Raça	0	0.0	Papéis	24	4.5
Classe social	0	0.0	Influência e poder	0	0.0
Espiritualidade/Religião	2	0.4	Crenças	0	0.0
Ambiente	3	0.6	Alianças e uniões	0	0.0

Tabela 51: Avaliação da Família Antes da Formação

Da observação da tabela 51, destacam-se alguns aspetos. No âmbito da avaliação estrutural interna, a composição familiar (17,2%), onde são documentados itens como: *“vive com o pai e madrasta”*; *“Adolescente vive*

com a mãe e quatro irmãs”, e a Ordem de nascimento, descrita apenas no âmbito da pediatria (9.9%), “*É filho único*”, “*É o primogénito de três irmãos*”.

Na avaliação da família estrutural externa, destacam-se os sistemas mais amplos (12.9%). “*Os sistemas mais amplos referem-se a instituições e pessoas com as quais a família tem um contato significativo*” (Wright & Leahey, 2009, p. 57). A este nível são documentados itens como “*Cuidador formal*”, “*Rede Nacional de Cuidados Continuados Integrados*”, “*Família de acolhimento*”.

No que se refere à avaliação da família estrutural-contexto, nenhum item apresenta uma percentagem de respostas afirmativas digna de registo (esta percentagem é quase nula ou mesmo nula).

Na avaliação do desenvolvimento da família, destacam-se os estágios (8.6%), onde são registados aspetos como “*família com adolescentes*”, “*Família com nascimento dos filhos*”, “*Família no fim de vida*”.

No caso da avaliação da família funcional instrumental, as atividades da vida diária apresentam uma baixa frequência de registo (3.9% apenas). Estes dados são mais frequentemente documentados no âmbito dos autocuidados, para diagnóstico de conhecimentos sobre o prestador de cuidados. Como por exemplo: “*O marido já autocuidava no domicílio, não precisa de ensinios*”

Por último, na avaliação da família funcional expressiva, destacam-se os papéis (4.5%). “*Esta categoria refere-se aos padrões estabelecidos de comportamento dos membros da família* (Wright & Leahey, 2009, p. 115).” Neste âmbito, destacam-se aspetos como a tensão, o desempenho e a competência para o papel de cuidador. É importante sublinhar que, na maioria dos itens, não são identificados registos.

Intervenções na Família antes da formação

O modelo de Calgary de intervenção familiar (MCIF) visa promover, melhorar o funcionamento familiar em três domínios: cognitivo, afetivo e comportamental. Convém realçar que o MCIF não é uma lista de intervenções de enfermagem, ele fornece meios de conceitualizar um ajuste entre os domínios do funcionamento familiar e as intervenções propostas pela enfermeira (Wright & Leahey, 2009)."

Os dados referentes às intervenções documentadas pelos enfermeiros englobam, apenas, as intervenções dirigidas às famílias, tal como na avaliação, utilizamos todo o processo documental nomeadamente, o planeamento de cuidados, carta de alta/transferência e notas gerais.

Dos 536 processos analisados, as intervenções encontradas com referência a outros elementos da família, que não o indivíduo foram agrupadas nos três domínios sugeridos pelas autoras e evidenciados na tabela 52 (n: 341 processos, 63,6%). Ou seja foram encontrados 177 processos com intervenções no domínio cognitivo, 27 processos com intervenções no domínio afetivo e 176 processos com intervenções no domínio comportamental.

	Sim	
	n	%
Domínio cognitivo	177	33.0
Domínio afetivo	27	5.0
Domínio comportamental	176	32.8

Tabela 52: Intervenção na Família Antes da Formação

Estamos perante a evidência de que é a nível cognitivo e comportamental que decorre grande parte das intervenções, nomeadamente com intervenções no domínio cognitivo, como é o caso do "Ensinar o prestador de cuidados sobre", ou o "Ensinar aos pais sobre", ou no domínio comportamental com exemplos como o "Treinar pais sobre", ou a "Treinar o prestador de cuidados sobre".

No seguimento dos exemplos de intervenções propostas pelas autoras Wright & Leahey (2009), foi dividido cada um dos domínios em subgrupos apresentados na tabela 53.

	N	%
Domínio cognitivo		
Elogiar forças da família	0	0.0
Oferecer informações opiniões	177	33.0
Ausente	359	67.0
Domínio afetivo		
Validar respostas emocionais	14	2.6
Incentivar narrativas da doença	0	0.0
Estimular suporte familiar	13	2.4
Ausente	509	95.0
Domínio comportamental		
Incentivar a serem cuidadores	173	32.3
Incentivar descanso	3	0.5
Planear rituais	0	0.0
Ausente	360	67.2

Tabela 53: Intervenção na Família Antes da Formação

No domínio cognitivo, além dos processos em que ele se encontra ausente, apenas se encontra o subdomínio “Oferecer informações opiniões”, com uma frequência moderada. (33%). No domínio comportamental, apenas existem os subdomínios “Incentivar a serem cuidadores” (32.3%), com uma importância moderada, e “Incentivar descanso do cuidador”, quase sem expressão (0.5%). No domínio afetivo, apenas existem os subdomínios “Validar respostas emocionais” em 14 processos (2.6%) e “Estimular suporte familiar” em 13 processos (2.4%), ou seja quase sem expressão.

Caraterização da amostra depois da formação

A amostra, depois da formação, é composta por 567 pessoas. Tal como na fase anterior com predominância do género feminino (63.1%, n= 358 mulheres). Para comparação da distribuição das amostras por género, nos dois momentos (antes e após a formação), recorre-se ao teste da igualdade de proporções (estatística com distribuição do qui-quadrado de 1 grau de

liberdade, partindo da aproximação à distribuição normal). Assim, a hipótese nula em teste é a de que a distribuição por género é igual nos dois momentos, e a hipótese alternativa é a de que essa distribuição é diferente. O valor da estatística do teste (qui-quadrado) é de 0.122, correspondendo a um valor-p de 0.727, pelo que não se rejeita a hipótese nula (valor-p superior a 5%) e se conclui que a distribuição por género é a mesma nos dois momentos.

A distribuição das idades mostra a existência de um grande número de pessoas com idade inferior a 1 ano (a idade mínima), e a de muito poucos com idade até 15 anos. Existem, também, apenas algumas pessoas com idade entre 15 e 25 anos. A partir desta idade, a distribuição é quase homogénea até aos 90 anos (o que é claramente visível no histograma) (Gráfico 16), existindo apenas alguns casos com idade superior (sendo a idade máxima de 99 anos). Assim, a idade média é 48.7 anos, um pouco inferior à mediana que é 52 anos; o 1º quartil é 30 anos e o 3º quartil é 72 anos, o que mostra a grande dispersão das idades desde valores muito baixos até ao máximo de 99 anos. Em resultado desta dispersão, o coeficiente de variação é elevado (55.8%) (Tabela 54).

Coeficientes	Valor
Mínimo	0
Máximo	99
Média	48.7
1º Quartil	30
Mediana	52
3º Quartil	72
Coef. Assimetria	-0.32
Desvio padrão	27.2
Coeficiente de variação	55.8%

Tabela 54: Caracterização da Idade Depois da Formação

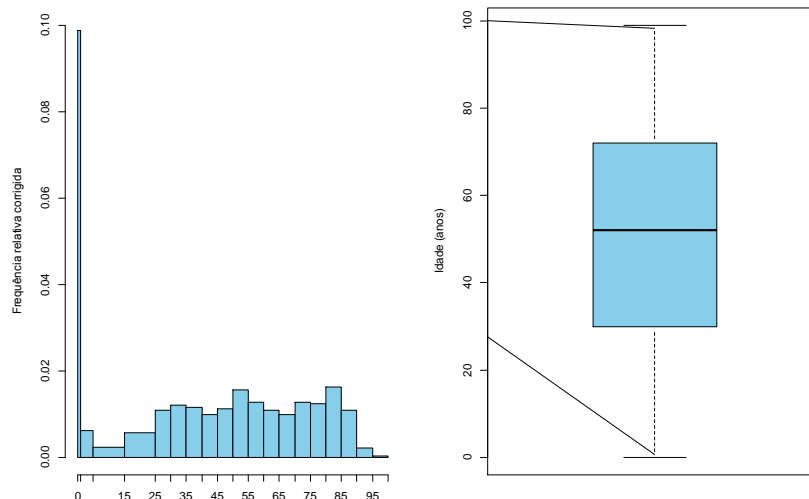


Gráfico 16: Representação Gráfica da Idade Depois da Formação

Para comparar a distribuição da idade na amostragem antes e depois da formação, recorre-se ao teste (não paramétrico) de Mann-Whitney, uma vez que se tem amostras independentes e a idade não tem distribuição normal (o que é visível no histograma em qualquer dos dois momentos). A hipótese nula em teste é a de que a idade assume valores semelhantes em ambos os momentos e a alternativa é a oposta. A comparação das medidas descritivas de caracterização da idade em ambos os momentos (apresentadas anteriormente) sugere uma grande proximidade entre a distribuição da idade nos dois momentos (pois essas medidas assumem valores muito semelhantes) e, com efeito, o valor da estatística do teste é de 148699, correspondendo a um valor-p de 0.538, pelo que não se rejeita a hipótese nula (valor-p superior a 5%) e se conclui que não há diferenças significativas na distribuição da idade nos dois momentos.

A distribuição do **tempo de internamento** é fortemente assimétrica positiva (o coeficiente de assimetria de Fisher é 1.7), o que significa que predominam os tempos baixos (sendo o tempo mínimo de 0 dias) e que o número de casos diminui à medida que se considera tempos mais elevados (existindo muito poucos internamentos com tempos superiores a 14 dias), sendo o tempo máximo encontrado de 36 dias (Tabela 55).

Coeficientes	Valor
Mínimo	0
Máximo	36
Média	6.1
1º Quartil	2
Mediana	4
3º Quartil	9
Coef. Assimetria	1.7
Desvio padrão	5.8
Coeficiente de variação	93.6%

Tabela 55: Caracterização do Tempo de Internamento Depois da Formação

A caixa-de-bigodes e o histograma (Gráfico 17) mostram, de facto, um grande predomínio dos tempos mais baixos, até 3 dias (com importâncias semelhantes de 0, 1, 2 e 3 dias), onde se observa uma importante quebra do número de tempos e quebras graduais a partir de 4 dias até ao tempo máximo. Assim, o tempo médio é 6,1 dias apenas, sendo a mediana de 4 dias (ou seja, metade dos doentes tem tempo até 4 dias apenas, o que é baixo), o 1º quartil é 2 dias (ou seja, um quarto dos doentes tem tempo até este valor, o que também é muito baixo) e o 3º quartil é 9 dias (ou seja, três quartos dos doentes têm tempo até este valor), o que mostra o predomínio dos tempos até 4 dias, ou mesmo até 6 dias. Apesar do predomínio dos tempos baixos, a existência de tempos muito mais elevados leva a uma grande dispersão, refletida no coeficiente de variação (93.6%).

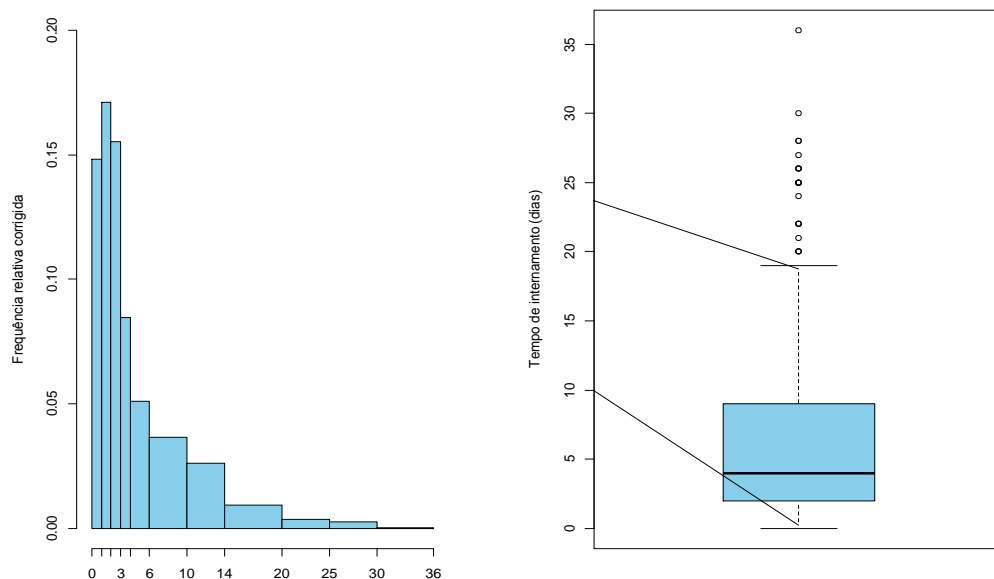


Gráfico 17. Representação Gráfica do Tempo de Internamento Depois

Para comparar a distribuição do tempo de internamento antes e depois da formação (retirando o valor extremo de 160 dias no tempo antes da formação para não afetar as conclusões), recorre-se, novamente, ao teste (não paramétrico) de Mann-Whitney, uma vez que se tem amostras independentes e o tempo de internamento não tem distribuição normal (visível no histograma em qualquer dos dois momentos). A hipótese nula em teste é a de que o tempo de internamento assume valores semelhantes em ambos os momentos e a alternativa é a oposta.

A comparação das medidas descritivas de caracterização do tempo de internamento em ambos os momentos (apresentadas anteriormente) sugere que os valores são geralmente superiores após a formação e, com efeito, o valor da estatística do teste é de 136526, correspondendo a um valor-p de 0.004, pelo que se rejeita a hipótese nula (valor-p inferior a 5%) e se conclui que o tempo de internamento é geralmente superior após a formação.

A proveniência da maioria das pessoas ($n=395$ ou 69.7%) é a urgência, sendo os restantes internamentos programados ($n=172$ ou 30.3%). Para comparação da distribuição do local de proveniência nos dois momentos (antes e após a formação), a hipótese nula em teste é a de que a distribuição do local de proveniência é igual nos dois momentos e a hipótese alternativa é a de que essa distribuição é diferente. A estatística do teste da igualdade de proporções (estatística com distribuição do qui-quadrado de 1 grau de liberdade) é de 0.202, correspondendo a um valor-p de 0.653, pelo que não se rejeita a hipótese nula (valor-p superior a 5%) e se conclui que a distribuição do local de proveniência é a mesma nos dois momentos.

No que se refere aos serviços de internamento, a tabela 56 descreve a frequência de casos pelos oito serviços: Cirurgia (23.5%), Ortopedia (19.6%), Obstetrícia (15%), Medicina homens e Medicina mulheres (12.2% cada), Pediatria e Ginecologia (7.6% cada) e Neonatologia (2.5%).

Serviço	N	%
Medicina homens	69	12.2
Medicina mulheres	69	12.2
Pediatria	43	7.6
Obstetrícia	85	15.0
Ortopedia	111	19.6
Cirurgia	133	23.5
Neonatologia	14	2.5
Ginecologia	43	7.6
Total	567	100.0

Tabela 56. Serviços Depois da Formação

Para comparação da distribuição do serviço nos dois momentos (antes e após a formação), recorre-se ao teste da homogeneidade (teste do qui-quadrado). Assim, a hipótese nula em teste é a de que a distribuição do serviço é a mesma nos dois momentos e a hipótese alternativa é a de que essa distribuição é diferente. O valor da estatística do teste (qui-quadrado de 7 graus de liberdade) é de 10.4, correspondendo a um valor-p de 0.166, pelo que não se rejeita a hipótese nula (valor-p superior a 5%) e se conclui que a distribuição do serviço é a mesma nos dois momentos.

Avaliação Inicial das Famílias depois da formação

No que se refere à avaliação inicial, e seguindo o mesmo procedimento realizado antes da formação, o nome do prestador de cuidados é conhecido na grande maioria dos casos (92.2%, ou seja, 523 doentes). Para comparação da distribuição do nome do prestador de cuidados nos dois momentos (antes e após a formação), a hipótese nula em teste é a de que a distribuição do nome do prestador é igual nos dois momentos e a hipótese alternativa é a de que essa distribuição é diferente. A estatística do teste da igualdade de proporções (estatística com distribuição do qui-quadrado de 1 grau de liberdade) é de 18.1, correspondendo a um valor-p de 0, pelo que se rejeita a hipótese nula (valor-p inferior a 5%) e se conclui que o nome do prestador de cuidados é conhecido, mais frequentemente, após a formação.

O contacto encontra-se presente na grande maioria dos casos (92.4%, ou seja, 524 doentes). Para comparação da distribuição da presença do contacto do prestador de cuidados nos dois momentos (antes e após a formação), a hipótese nula em teste é a de que a distribuição da presença do contacto do prestador é igual nos dois momentos e a hipótese alternativa é a de que essa distribuição é diferente. A estatística do teste da igualdade de proporções (estatística com distribuição do qui-quadrado de 1 grau de liberdade) é de 25.7, correspondendo a um valor-p de 0, pelo que se rejeita a hipótese nula (valor-p inferior a 5%) e se conclui que a presença do contacto do prestador de cuidados é mais frequente após a formação.

Na relação entre este prestador e a pessoa internada, a tabela 57 apresenta a distribuição da relação dos doentes com o prestador de cuidados, destacando-se o Marido (21.2%), a Filha (20.1%), a Mãe (17.7%), a Esposa (17.5%) e o Filho (8.2%). Os restantes têm uma expressão muito diminuta (e existindo ainda os ausentes, que representam 15% do total, ou seja, n:85). Tal como, foi observado antes da formação, é evidenciada uma relação consanguínea entre o prestador e a pessoa internada

Relação	N	%
Marido	98	21.2
Esposa	81	17.5
Companheiro/a	2	0.4
Pai	7	1.5
Mãe	82	17.7
Mãe e Pai	4	0.9
Filho	38	8.2
Filha	93	20.1
Genro	1	0.2
Nora	15	3.2
Amigo	0	0.0
Sobrinha	2	0.4
Vizinho	0	0.0
Irmão	7	1.5
Irmã	17	3.7
Neto	4	0.9
Neta	4	0.9
Namorada	0	0.0
Cuidador formal	0	0.0
Tia	1	0.2
Compadre	0	0.0
Sozra	3	0.6
Prima	3	0.6
Total	462	100.0

Tabela 57: Relação com o Prestador de Cuidados Depois da Formação

A tabela 58 apresenta a frequência de itens identificados e associados a cada uma das categorias e subcategorias do Modelo de Avaliação de Calgary, no total dos processos consultados após a formação.

	Sim			Sim	
	n	%		n	%
Estrutural interna			De desenvolvimento		
Composição familiar	222	39.2	Estágios	140	24.7
Género	0	0.0	Vínculos	16	2.8
Orientação sexual	0	0.0	Tarefas	7	1.2
Ordem de nascimento	79	13.9	Funcional Instrumental		
Subsistemas	64	11.3	Atividades da vida diária	58	10.2
Limites	8	1.4	Funcional Expressiva		
Estrutural externa			Comunicação emocional	14	2.5
Família extensa	53	9.3	Comunicação verbal	44	7.8
Sistemas mais amplos	107	18.9	Comunicação não verbal	77	13.6
Estrutural contexto			Comunicação circular	1	0.2
Etnia	1	0.2	Solução de problemas	14	2.5
Raça	0	0.0	Papéis	49	8.6
Classe social	0	0.0	Influência e poder	0	0.0
Espiritualidade/Religião	3	0.5	Crenças	1	0.2
Ambiente	8	1.4	Alianças e uniões	3	0.5

Tabela 58: Avaliação da Família Depois da Formação

Da análise da tabela 58, observa-se o aumento da frequência de registo em algumas categorias que já se encontravam presentes antes da formação e o aparecimento de algumas subcategorias que não existia registo na primeira fase.

Na avaliação da família estrutural interna, destacam-se a composição familiar (39.2%), a ordem de nascimento (13.9%) e os subsistemas (11.3%). Na avaliação da família estrutural externa os sistemas mais amplos (18.9%), surgem, em primeiro lugar, seguindo-se a Família extensa (9.3%).

Na avaliação da família estrutural contexto, apesar de nenhum item apresentar uma percentagem de respostas afirmativas digna de registo, salienta-se a questão do ambiente (1,4%), onde são identificados alguns registos referentes ao edifício residencial. Estes fatores são especialmente relevantes para adultos idosos (Wright & Leahey, 2009), nomeadamente no que se refere à identificação de barreiras arquitetónicas, facto que deveria ser mais evidente na frequência de registos.

Na avaliação da família de desenvolvimento, destacam-se os estágios (24.7%) e os vínculos (2,8%). Além dos estágios e tarefas delineadoras, implícitos ao ciclo vital da família, é apropriado avaliar os vínculos afetivos entre os seus membros. (Wright & Leahey, 2009) São identificados alguns dados a este nível, no que se refere aos vínculos fortes ou negativos. Na avaliação da família funcional instrumental, as atividades da vida diária apresentam uma percentagem de respostas afirmativas um pouco baixas, embora superiores às observadas antes da formação (10.2%).

Na avaliação da família funcional expressiva, destacam-se, como subcategorias quase inexistentes antes da formação, a comunicação não-verbal (13.6%), e a comunicação verbal (7.8%). Na comunicação não-verbal, além da postura corporal, do toque, dos gestos, dos movimentos faciais, também estão incluídas a proximidade e a distância entre os membros da família (Wright & Leahey, 2009). São identificados alguns registos, como, por exemplo: “O pai não esteve presente na sala de partos”, ou “a criança passou o turno sem a visita dos pais”.

Para comparação do número de respostas afirmativas entre os dois momentos (antes e após a formação), recorre-se ao teste da igualdade de proporções de respostas afirmativas (estatística com distribuição do qui-quadrado de 1 grau de liberdade, partindo da aproximação à distribuição normal). Assim, a hipótese nula em teste é a de que as proporções de respostas afirmativas são iguais nos dois momentos (o que significa que a formação não produziu efeito) e a hipótese alternativa é a de que a proporção após a formação é superior (o que significa que a formação foi eficaz). Os resultados do teste mostram que o de valor-p é inferior a 5%, o que significa que a percentagem de respostas afirmativas é superior após a formação, e que, em consequência, a formação foi eficaz.

Efetuuou-se, em seguida, a mesma análise para cada serviço (evidentemente, apenas nos subdomínios onde foram encontrados registos), com o objetivo de comparar o impacte da formação nos serviços.

As tabelas que se seguem descrevem, para cada serviço, as percentagens de registos em cada momento, a variação destas percentagens e o teste da sua igualdade. Em alguns subdomínios, não é possível efetuar esta comparação, em virtude do reduzido número de registos.

Na Medicina homens (Tabela 59) a frequência de registos aumentou nos subdomínios: Composição familiar, Subsistemas, Família extensa e Comunicação verbal (valor-p inferior a 5%). Apesar de não ser possível efetuar o teste, devido à baixa frequência de registos nas outras subcategorias, é possível afirmar que a percentagem de registos aumentou na Ordem de nascimento, Limites, Vínculos, Tarefas, Comunicação emocional, Comunicação não-verbal e Solução de problemas. Nas restantes subcategorias, não foram identificadas variações significativas.

MEDICINA HOMENS							
	Antes		Depois		Variação		
	N	%	N	%	%	Teste	Valor-p
Estrutural interna							
Composição familiar	31	50.0	54	78.3	28.3	10.2	0.001
Ordem de nascimento	0	0.0	1	1.4	1.4	-----	-----
Subsistemas	3	5.1	17	24.6	19.5	8.4	0.002
Limites	0	0.0	2	2.9	2.9	-----	-----
Estrutural externa							
Família extensa	1	1.6	10	14.5	12.9	5.5	0.010
Sistemas mais amplos	17	27.4	14	20.3	-7.1	0.6	0.226
Estrutural contexto							
Etnia	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Espiritualidade/Religião	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Ambiente	1	1.6	2	2.9	1.3	-----	-----
De desenvolvimento							
Estágios	20	32.3	27	39.1	6.8	0.4	0.262
Vínculos	0	0.0	6	8.7	8.7	-----	-----
Tarefas	0	0.0	3	4.3	4.3	-----	-----
Funcional instrumental							
Atividades da vida diária	9	14.5	13	18.8	4.3	0.2	0.334
Funcional expressiva							
Comunicação emocional	0	0.0	4	5.8	5.8	-----	-----
Comunicação verbal	1	1.6	7	10.1	8.5	2.8	0.047
Comunicação não verbal	0	0.0	2	2.9	2.9	-----	-----
Comunicação circular	0	0.0	0	0.0	-----	-----	-----
Solução de problemas	0	0.0	3	4.3	4.3	-----	-----
Papéis	12	19.4	11	15.9	-3.5	0.1	0.389
Crenças	0	0.0	1	1.4	1.4	-----	-----
Alianças e uniões	0	0.0	1	1.4	1.4	-----	-----

Tabela 59: Avaliação da família na Medicina Homens

Na Medicina mulheres (tabela 60), a frequência de registros aumentou nas subcategorias: Composição familiar, Subsistemas, Família extensa, Estágios e Comunicação verbal. Composição familiar, Subsistemas, Família extensa e Comunicação verbal (valor-p inferior a 5%). Apesar de não ser possível efetuar o teste, devido à baixa frequência de registros nas outras subcategorias, é possível afirmar que a percentagem de registros aumentou nos vínculos e Comunicação não-verbal. Nas restantes subcategorias, não houve variação.

MEDICINA MULHERES							
	Antes		Depois		Varição		
	N	%	N	%	%	teste	Valor-p
Estrutural interna							
Composição familiar	31	64.6	56	81.2	16.6	3.3	0.036
Ordem de nascimento	0	0.0	2	2.9	2.9	-----	-----
Subsistemas	2	4.2	13	18.8	14.6	4.2	0.020
Limites	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Estrutural externa							
Família extensa	2	4.2	16	23.2	19.0	6.5	0.005
Sistemas mais amplos	19	39.6	36	52.2	12.6	1.3	0.124
Estrutural contexto							
Etnia	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Espiritualidade/Religião	0	0.0	1	1.4	1.4	-----	-----
Ambiente	2	4.2	4	5.8	1.6	-----	-----
De desenvolvimento							
Estágios	5	10.4	22	31.9	21.5	6.2	0.006
Vínculos	0	0.0	4	5.8	5.8	-----	-----
Tarefas	1	2.1	2	2.9	0.8	-----	-----
Funcional instrumental							
Atividades da vida diária	11	22.9	25	36.2	13.3	1.8	0.092
Funcional expressiva							
Comunicação emocional	1	2.1	7	10.1	8.0	1.8	0.092
Comunicação verbal	1	2.1	19	27.5	25.4	11.2	0.000
Comunicação não verbal	0	0.0	3	4.3	4.3	-----	-----
Comunicação circular	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Solução de problemas	1	2.1	3	4.3	2.2	-----	-----
Papéis	10	20.8	21	30.4	9.6	0.9	0.172
Crenças	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Alianças e uniões	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----

Tabela 60: Avaliação da família na Medicina Mulheres

Na Pediatria (tabela 61), a frequência de registros aumentou nas subcategorias: Composição familiar, Subsistemas, Sistemas mais amplos, Estágios e Comunicação não-verbal. Na subcategoria Família Extensa, não foi possível efetuar o teste devido à baixa frequência de registros, antes da

formação, no entanto, a frequência de registos aumentou. Nos restantes subcategorias não se registou variação significativa de registos.

PEDIATRIA							
	Antes		Depois		Varição		
	N	%	N	%	%	Estatística	Valor-p
Estrutural interna							
Composição familiar	5	12.2	42	97.7	85.5	58.8	0.000
Ordem de nascimento	27	65.9	35	81.4	15.5	1.9	0.085
Subsistemas	3	7.3	12	27.9	20.6	4.7	0.015
Limites	0	0.0	1	2.3	2.3	-----	-----
Estrutural externa							
Família extensa	1	2.4	5	11.6	9.2	-----	-----
Sistemas mais amplos	1	2.4	12	27.9	25.5	8.6	0.002
Estrutural contexto							
Etnia	0	0.0	1	2.3	2.3	-----	-----
Espiritualidade/Religião	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Ambiente	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
De desenvolvimento							
Estágios	3	7.3	31	72.1	64.8	33.9	0.000
Vínculos	0	0.0	1	2.3	2.3	-----	-----
Tarefas	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Funcional instrumental							
Atividades da vida diária	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Funcional expressiva							
Comunicação emocional	0	0.0	1	2.3	2.3	-----	-----
Comunicação verbal	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Comunicação não verbal	3	7.3	42	97.7	90.4	65.3	0.000
Comunicação circular	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Solução de problemas	0	0.0	1	2.3	2.3	-----	-----
Papéis	0	0.0	2	4.7	4.7	-----	-----
Crenças	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Alianças e uniões	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----

Tabela 61: Avaliação da família na Pediatria

Na obstetrícia (tabela 62), não é possível efetuar o teste, devido à baixa frequência de registos antes da formação, mas é ainda possível afirmar que a percentagem de registos aumentou nas subcategorias: Ordem de nascimento, Família extensa e Estágios. Nos restantes subcategorias não se registou variação significativa dos registos.

OBSTETRÍCIA							
	Antes		Depois		Varição		
	N	%	N	%	%	Estatística	Valor-p
Estrutural interna							
Composição familiar	0	0.0	3	3.5	3.5	-----	-----
Ordem de nascimento	0	0.0	27	31.8	31.8	-----	-----
Subsistemas	2	2.2	0	0.0	-2.2	-----	-----
Limites	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Estrutural externa							
Família extensa	0	0.0	4	4.7	4.7	-----	-----
Sistemas mais amplos	2	2.2	6	7.1	4.9	-----	-----
Estrutural contexto							
Etnia	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Espiritualidade/Religião	1	1.1	0	0.0	-1.1	-----	-----
Ambiente	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
De desenvolvimento							
Estágios	1	1.1	19	22.4	21.3	-----	-----
Vínculos	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Tarefas	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Funcional instrumental							
Atividades da vida diária	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Funcional expressiva							
Comunicação emocional	1	1.1	0	0.0	0.0	-----	-----
Comunicação verbal	1	1.1	5	5.9	4.8	-----	-----
Comunicação não verbal	1	1.1	10	11.8	10.7	-----	-----
Comunicação circular	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Solução de problemas	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Papéis	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Crenças	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Alianças e uniões	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----

Tabela 62: Avaliação da Família na Obstetrícia

Na ortopedia (tabela 63), a frequência de registros aumentou na subcategoria, subsistemas. No âmbito das categorias, Atividades da vida diária, Comunicação verbal, Solução de problemas e papéis, não é possível efetuar o teste devido à baixa frequência de registros, mas é possível afirmar que a percentagem aumentou. Nas restantes subcategorias, não se registou variação significativa de registros.

Ortopedia							
	Antes		Depois		Varição		
	N	%	N	%	%	Teste	Valor-p
Estrutural interna							
Composição familiar	11	11.1	22	19.8	8.7	2.4	0.062
Ordem de nascimento	0	0.0	3	2.7	2.7	-----	-----
Subsistemas	3	3.0	15	13.5	10.5	6.1	0.007
Limites	0	0.0	2	1.8	1.8	-----	-----
Estrutural externa							
Família extensa	4	4.0	9	8.1	4.1	0.9	0.175
Sistemas mais amplos	26	26.3	27	24.3	-2.0	0.03	0.435
Estrutural contexto							
Etnia	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----

Espiritualidade/Religião	0	0.0	1	0.9	0.9	-----	-----
Ambiente	0	0.0	2	1.8	1.8	-----	-----
De desenvolvimento							
Estágios	8	8.1	14	12.6	4.5	0.7	0.199
Vínculos	0	0.0	3	2.7	2.7	-----	-----
Tarefas	0	0.0	2	1.8	1.8	-----	-----
Funcional instrumental							
Atividades da vida diária	1	1.0	16	14.4	13.4	-----	-----
Funcional expressiva							
Comunicação emocional	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Comunicação verbal	0	0.0	7	6.3	6.3	-----	-----
Comunicação não verbal	1	1.0	3	2.7	1.7	-----	-----
Comunicação circular	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Solução de problemas	0	0.0	6	5.4	5.4	-----	-----
Papéis	0	0.0	7	6.3	6.3	-----	-----
Crenças	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Alianças e uniões	0	0.0	2	1.8	1.8	-----	-----

Tabela 63: Avaliação da Família na Ortopedia

Na Cirurgia (tabela 64), a frequência de registos aumentou nas subcategorias: Composição familiar, Sistemas mais amplos e Estágios. No caso dos itens, Subsistemas, Família extensa, Comunicação verbal e Papéis, não é possível efetuar o teste, devido à baixa frequência de registos antes da formação, mas é possível afirmar que a percentagem de registos aumentou após a formação.

Cirurgia							
	Antes		Depois		Variação		
	N	%	N	%	%	Teste	Valor-p
Estrutural interna							
Composição familiar	4	3.4	36	27.1	23.7	24.7	0.000
Ordem de nascimento	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Subsistemas	0	0.0	6	4.5	4.5	-----	-----
Limites	0	0.0	2	1.5	1.5	-----	-----
Estrutural externa							
Família extensa	0	0.0	9	6.8	6.8	-----	-----
Sistemas mais amplos	2	1.7	11	8.3	6.6	4.3	0.019
Estrutural contexto							
Etnia	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Espiritualidade/Religião	1	0.8	1	0.8	0.0	-----	-----
Ambiente	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
De desenvolvimento							
Estágios	3	2.5	16	12.0	9.5	6.8	0.004
Vínculos	0	0.0	1	0.8	0.8	-----	-----
Tarefas	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Funcional instrumental							
Atividades da vida diária	0	0.0	3	2.3	2.3	-----	-----
Funcional expressiva							
Comunicação emocional	0	0.0	2	1.5	1.5	-----	-----
Comunicação verbal	0	0.0	4	3.0	3.0	-----	-----
Comunicação não verbal	0	0.0	3	2.3	2.3	-----	-----
Comunicação circular	0	0.0	1	0.8	0.8	-----	-----

Solução de problemas	0	0.0	1	0.8	0.8	-----	-----
Papéis	0	0.0	6	4.5	4.5	-----	-----
Crenças	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Alianças e uniões	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----

Tabela 64 Avaliação da Família na Cirurgia

Na Neonatologia, a baixa frequência de registros em ambos os momentos não permite efetuar o teste de hipótese (tabela 65). Apesar disso, as percentagens obtidas indicam algum aumento nas subcategorias: Composição familiar, Estágios e Comunicação não-verbal. Pelo contrário, as percentagens indicam alguma diminuição na subcategoria: Ordem de nascimento. Nas restantes subcategorias, não se registou variação significativa na percentagem de respostas afirmativas.

Neonatologia							
	Antes		Depois		Variação		
	N	%	N	%	%	Teste	Valor-p
Estrutural interna							
Composição familiar	10	34.5	9	64.3	29.8	-----	-----
Ordem de nascimento	26	89.7	11	78.6	-11.1	-----	-----
Subsistemas	2	6.9	1	7.1	0.2	-----	-----
Limites	0	0.0	1	7.1	7.1	-----	-----
Estrutural externa							
Família extensa	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Sistemas mais amplos	2	6.9	1	7.1	0.2	-----	-----
Estrutural contexto							
Etnia	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Espiritualidade/Religião	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Ambiente	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
De desenvolvimento							
Estágios	6	20.7	11	78.6	57.9	-----	-----
Vínculos	0	0.0	1	7.1	7.1	-----	-----
Tarefas	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Funcional instrumental							
Atividades da vida diária	0	0.0	1	7.1	7.1	-----	-----
Funcional expressiva							
Comunicação emocional	1	3.4	0	0.0	-3.4	-----	-----
Comunicação verbal	0	0.0	2	14.3	14.3	-----	-----
Comunicação não verbal	9	31.0	14	100.0	69.0	-----	-----
Comunicação circular	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Solução de problemas	3	10.3	0	0.0	-10.3	-----	-----
Papéis	2	6.9	2	14.3	7.4	-----	-----
Crenças	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Alianças e uniões	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----

Tabela 65: Avaliação da Família na neonatologia

Por último, a Ginecologia, em que em ambos os momentos não existem registos, pelo que não aparece identificado na tabela anterior. Este achado poderá estar relacionado, com o facto de os internamentos neste serviço, serem em média, inferiores a três dias.

Intervenção na família depois da formação

Dos 567 processos analisados após a formação, foram encontradas intervenções dirigidas não apenas ao indivíduo, mas também a outros elementos da família. Tal como antes da formação, as intervenções foram agrupadas em três domínios (tabela 66), cognitivo, afetivo e comportamental, apresentados na tabela 66 (n:370 processos, 65.3%).

Domínios de intervenção	Sim	
	n	%
Domínio cognitivo	223	39.3
Domínio afetivo	185	32.6
Domínio comportamental	213	37.6

Tabela 66: Intervenção na Família depois da formação

No domínio cognitivo, tal como na fase anterior, foram encontrados 223 registos, no que se refere ao domínio comportamental, 213 processos e, no domínio afetivo, com um aumento significativo, são encontrados registo em 185 processos. Neste último domínio, são encontrados registos referentes à promoção e estimulação do envolvimento familiar, assim como ao encorajamento da comunicação expressiva de emoções. *“A validação do afeto intenso pode aliviar sentimentos de isolamento e solidão e ajudar os membros da família a fazer a ligação entre a doença de um deles e a resposta emocional de todos (Wright & Leahey, 2009, p. 141).”*

Na tabela 67 são apresentados a discriminação das intervenções nos diferentes subdomínios.

	N	%
Domínio cognitivo		
Elogiar forças da família	0	0.0
Oferecer informações opiniões	223	39.3
Ausente	344	60.7
Domínio afetivo		
Validar respostas emocionais	45	7.9
Incentivar narrativas da doença	1	0.2
Estimular suporte familiar	139	24.5
Ausente	382	67.4
Domínio comportamental		
Incentivar a serem cuidadores	213	37.6
Incentivar descanso	0	0.0
Planejar rituais	0	0.0
Ausente	354	62.4

Tabela 67: Intervenção na Família Depois da Formação

No domínio cognitivo, o subdomínio “Oferecer informações opiniões” continua a ser o único, mantendo uma percentagem moderada, embora superior à existente antes da formação (39.3%). No domínio afetivo, são identificadas intervenções nos três subdomínios, tendo o Estimular suporte familiar a maior importância (24.5%), seguido do Validar respostas emocionais (7.9%) e, quase sem expressão, Incentivar narrativas de doença (0.2%). Por último no domínio cognitivo, apenas existe o subdomínio Incentivar a serem cuidadores (37%), com uma importância moderada.

Para comparação do número de respostas afirmativas entre os dois momentos (antes e após a formação), realizaram-se os testes de igualdade das proporções, concluindo-se que se rejeita a hipótese nula para os dois primeiros domínios, ou seja, que a percentagem de respostas afirmativas é superior após a formação e que, em consequência, a formação foi eficaz. No caso do Domínio comportamental, como o valor-p (0.057) é apenas ligeiramente superior a 5% (levando a não rejeitar a hipótese nula a este nível de significância), é preferível considerar significativo o resultado do teste e rejeitar a hipótese nula, concluindo-se, também, que a formação foi eficaz. Em resumo, pode concluir-se que a formação foi eficaz em todos os domínios da Intervenção na família.

Em seguida, efetua-se, também a mesma análise para cada serviço, com o objetivo de comparar o impacto da formação nos serviços. Na tabela 68, é descrita, para cada serviço, a frequência de registos nestes domínios, a

variação das percentagens e o teste da sua igualdade. Em alguns domínios, não é possível efetuar o teste, porque o número de registos é muito reduzido, ou mesmo nulo em algum dos momentos.

Medicina homens							
Domínio	Antes		Depois		Variação		
	n	%	N	%	%	teste	Valor-p
Domínio cognitivo	13	21.0	20	29.0	8.0	0.1	0.386
Domínio afetivo	0	0.0	3	4.3	4.3	-----	-----
Domínio comportamental	11	17.7	17	24.6	6.9	0.6	0.227
Medicina mulheres							
Domínio	Antes		Depois		Variação		
	n	%	N	%	%	teste	Valor-p
Domínio cognitivo	7	14.6	26	37.7	23.1	6.4	0.006
Domínio afetivo	1	2.1	1	1.4	-0.7	-----	-----
Domínio comportamental	7	14.6	23	33.3	18.7	4.3	0.019
Pediatria							
Domínio	Antes		Depois		Variação		
	n	%	N	%	%	teste	Valor-p
Domínio cognitivo	40	97.6	42	97.7	0.1	0.0	0.500
Domínio afetivo	0	0.0	1	2.3	2.3	-----	-----
Domínio comportamental	40	97.6	43	100.0	2.4	0.0	0.509
Obstetrícia							
Domínio	Antes		Depois		Variação		
	n	%	N	%	%	teste	Valor-p
Domínio cognitivo	87	93.5	82	96.5	3.0	0.3	0.292
Domínio afetivo	16	17.2	17	20.0	2.8	0.1	0.387
Domínio comportamental	87	93.5	82	96.5	3.0	0.3	0.292
Ortopedia							
Domínio	Antes		Depois		Variação		
	n	%	N	%	%	teste	Valor-p
Domínio cognitivo	1	1.0	27	24.3	23.3	22.6	0.000
Domínio afetivo	8	8.1	63	56.8	48.7	53.2	0.000
Domínio comportamental	1	1.0	24	21.6	20.6	19.3	0.000
Cirurgia							
Domínio	Antes		Depois		Variação		
	n	%	N	%	%	teste	Valor-p
Domínio cognitivo	0	0.0	12	9.0	9.0	-----	-----
Domínio afetivo	2	1.7	67	50.4	48.7	72.5	0.000
Domínio comportamental	1	0.9	10	7.5	6.6	5.2	0.011
Neonatologia							
Domínio	Antes		Depois		Variação		
	n	%	N	%	%	teste	Valor-p
Domínio cognitivo	29	100.0	14	100.0	0.0	-----	-----
Domínio afetivo	0	0.0	1	7.1	7.1	-----	-----
Domínio comportamental	29	100.0	14	100.0	0.0	-----	-----
Ginecologia							
Domínio	Antes		Depois		Variação		
	N	%	N	%	%	teste	Valor-p
Domínio cognitivo	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----
Domínio afetivo	0	0.0	32	74.4	74.4	-----	-----
Domínio comportamental	0	0.0	0	0.0	0.0	-----	-----

Tabela 68: Intervenção na Família nos dois Momentos por Serviço

Observa-se que, na medicina homens, não existe variação da percentagem de registos em nenhum domínio.

Na Medicina mulheres, a percentagem de registos aumentou nos domínios cognitivo e comportamental.

No caso da Pediatria, Neonatologia e Obstetrícia não existe variação em nenhum domínio.

No serviço de Ortopedia os registos aumentaram nos três domínios.

No caso do serviço de cirurgia, regista-se um aumento nos domínios afetivo e comportamental. No domínio comportamental, não é possível efetuar o teste devido à inexistência de registos suficientes, no entanto, é possível dizer-se que a percentagem de registos aumentou neste domínio.

Por último a ginecologia, que, apesar de não ser possível efetuar o teste, devido ao baixo número de registos no domínio afetivo antes da formação, é possível assegurar que a frequência aumentou.

Os registos de enfermagem são fundamentais, independentemente do campo onde desenvolvem a sua atividade (Leal, 2006). Segundo Hesbeen (2000), este registo deve respeitar a natureza dos cuidados, a natureza de um “Encontro”, que necessita de um «processo». Não se trata de fazer um processo, mas sim, de situar a sua ação num processo, aquele que designa um movimento, que se dirige ao outro para ir ao seu encontro no caminho que é seu.

Este capítulo pretendeu descrever os dados relevantes obtidos antes e após aplicação do jogo, salientando-se ter existido impacto na informação documentada pelos enfermeiros, na avaliação e intervenção familiar.

Concluída a exposição de todo o trabalho de campo realizado, reporta-se ao capítulo seguinte a respetiva discussão e análise.

6. APRENDER COM O “FAMILY NURSING GAME”

O presente capítulo pretende dar resposta e analisar as inquietações orientadoras deste percurso, apresentando uma síntese dos principais achados desta investigação. *“É nesta parte que se faz a síntese entre a teoria, a investigação e os resultados (Ribeiro, 2010, p. 146).”* Recorde-se que o mote deste estudo era *melhoria da assistência às famílias em contexto hospitalar*.

Sobre as práticas de cuidados à família:

Toda a investigação se constrói a partir de uma questão. (Chevrier, 2003) Como ponto de partida inicial, surgiu a necessidade de observar a realidade sobre as práticas de cuidados à família, fundamentando a escolha da problemática.

Da primeira fase do estudo, sobre a análise das práticas que emergiram da informação documentada pelos enfermeiros em contexto hospitalar, através do sistema de informação de Suporte e Apoio à Prática de Enfermagem (SAPE®), evidenciou-se a baixa frequência de focos de atenção à família.

Apesar de ser aceite que os enfermeiros reconhecem a importância das famílias nos cuidados, e dos avanços teóricos decorridos ao longo dos últimos anos, a teoria mantém-se afastada da prática (Benzein, Jonhansson, Årestedt, & Saveman, 2008; Wright & Leahey, 2009; Kaakinen & Birenbaum, 2011; Segaric & Hall, 2005). A enfermagem à família não passa de uma intenção em muitos contextos clínicos (Santos, 2006).

Os dados obtidos exacerbam o indivíduo como principal foco de atenção das práticas de cuidados, nomeadamente nos fenómenos referentes à função.

Da análise de 513 processos de cuidados, e dos 3243 fenómenos identificados, 1654 (59,1%) dizem respeito ao indivíduo e apenas 22 (0,7%) fazem referência à família, sendo estes de predomínio nos serviços de Obstetrícia e Pediatria. Estes dados vão ao encontro do que defendem alguns autores, referindo que a prática da enfermagem tem sido tradicionalmente orientada num modelo individualista e biomédico (Segaric & Hall, 2005; Eggenberger, 2007).

Esta fase foi importante como ponto de partida para a necessidade de intervir a este nível, dado que, para que se possa solicitar ao enfermeiro alteração da sua prática, é importante que os processos de interação entre os enfermeiros e as famílias sejam analisados, o que implica adicionar ao fluxo unidirecional existente da teoria para a prática, o fluxo da prática para a teoria (Segaric & Hall, 2005).

Sobre o jogo para ensinar Família

No que se refere à validade de um jogo para ensinar família, o jogo contempla todos os critérios para uma aprendizagem efetiva, dado que chama a atenção para um determinado assunto, pelo que o seu significado e conhecimento podem ser discutidos e transportados para a prática (Coscrato, Pina, & Mello, 2010).

Todos os elementos são importantes na prática de enfermagem que, para além de conhecimentos, atitudes e competências, exige a capacidade de adaptação e o saber transformar-se (Dias, 2004). Não podemos é confundir o “Ensinar” com o “transmitir”, remetendo o sujeito da aprendizagem para um papel passivo (Coscrato, Pina, & Mello, 2010). Neste contexto, a utilização de um jogo como o “Family Nursing Game”, passa a ser uma ferramenta ideal de aprendizagem.

No que se refere à motivação para o jogo, a primeira aplicação do estudo revela-nos uma nítida preferência por esta abordagem, quando comparado

com outras estratégias, o que vai ao encontro do que referem alguns autores, sobre a maior propensão dos enfermeiros para a atividade cinestésica, preferindo estratégias ativas como os jogos (Hodges, 2008; Boctor, 2013).

Sobre a avaliação do jogo pelos enfermeiros, a utilização dos jogos na formação de profissionais de saúde não é algo novo (Blakely, Skirton, Cooper, Allum, & Nelmes, 2008), e tem sido aplicado ao ensino de enfermagem (Cessario, 1987; Baid & Lambert, 2010; Bowers, 2011; Boctor, 2013), apresentando inúmeras vantagens (Royse & Newton, 2007; Henderson, 2005).

Apesar de não ser muito frequente a sua divulgação em estudos portugueses, a utilização de jogos no ensino de enfermagem não é recente e tem sido amplamente divulgado em contexto internacional. Herrman (2008) aponta como uma das barreiras à sua utilização a “tradição”, por ser considerado pouco sério. Ao longo de muitos anos, o ensino de enfermagem foi pautado por professores autoritários, com normas e regras rígidas (Lowenstein, 2011). Aqueles que apoiam o uso de jogos como estratégia de ensino em enfermagem pretendem que os jogos criem entusiasmo e prazer, aumentando a motivação e melhorando a aprendizagem e retenção dos conhecimentos (Hodges, 2008).

A avaliação do “Family Nursing Game®” pelos enfermeiros foi considerada extremamente positiva, nas várias dimensões da escala no que se refere à satisfação, resultados e procedimento. O gráfico 18 expressa a média da pontuação global realizada pelos enfermeiros dos diferentes contextos de cuidados, no que se refere avaliação do jogo.

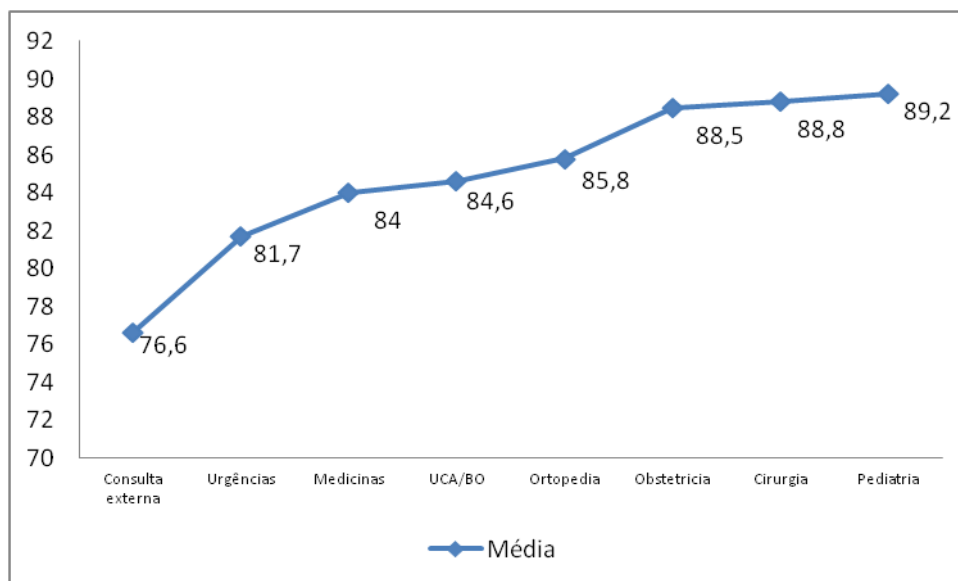


Gráfico 18: Média da pontuação global do jogo por serviço

A pontuação global, em média, foi muito acima do mínimo possível da escala (20), sendo o ponto médio 60, e 100 o máximo possível, o que significa que as pontuações foram, em média, muito elevadas. As médias mais baixas são atribuídas à consulta externa e serviços de urgência (Urgência geral e pediátrica) e os valores mais elevados aos serviços de obstetria, cirurgia e pediatria. Isto leva-nos a supor que as avaliações mais baixas atribuídas a esta estratégia podem estar relacionadas com a temática do jogo “Família”, e não apenas com a estratégia “Jogo”. Conforme Fisher, et al. (2008), há uma diversidade de opiniões sobre o papel da família, particularmente em ambientes hospitalares de agudos.

Podemos, no entanto concluir, que a avaliação realizada pelos enfermeiros com a utilização do jogo foi muito elevada, o que vai ao encontro do que refere Stanely & Latimer (2011). Estes estudos oferecem um exemplo da evidência para apoiar o valor da utilização dos jogos na formação dos enfermeiros, os quais desenvolvem inúmeras competências, designadamente na tomada de decisão, no pensamento crítico, no trabalho em equipa (Stanely & Latimer, 2011).

Sobre a comparação do jogo com outras estratégias

O formador que, constantemente recorre à palestra pode levar os formandos, a este tipo de comentário: “*Esta aula é tão chata*”, “*Tudo o que ele faz é ler, é horrível*”, ou “Eu não consigo aprender, a pensar criticamente”, na verdade o que está em causa não é o formador, mas sim, o método (Woodring & Woodring, 2011). Herrman (2008) salienta que, embora a palestra seja considerada passiva, tradicionalista, e menos em sintonia com as necessidades dos formandos atuais, não estamos a considerar que os métodos tradicionais são inválidos, mas sim, que devem ser complementados por estratégias criativas e inovadoras, como forma de melhorar a aprendizagem ativa e a retenção (Herrman, 2008).

.As pesquisas indicam que quanto mais sentidos (audição, tato, visão,..) estiverem envolvidos na atividade de aprendizagem, mais tempo o conhecimento será mantido. Portanto, se forem usadas várias estratégias para ilustrar um tópico, por exemplo, um vídeo no meio da aula, ou qualquer outro processo de aprendizagem ativa, a retenção do conhecimento aumentará (Woodring & Woodring, 2011).

Neste percurso, foram utilizadas no hospital B: o jogo, a palestra e o filme. Os resultados evidenciam a preferência pelo jogo, seguindo-se o filme, e depois, a palestra, o que vai ao encontro dos autores que defendem a utilização das estratégias ativas (Coscrato, Pina, & Mello, 2010; Boctor, 2013; Herrman, 2008). Convém realçar, que tal como na avaliação do jogo, também, na avaliação global do filme e da palestra pelos enfermeiros, os serviços com médias mais baixas são os serviços de urgência e a consulta externa.

Em jeito de conclusão, e para evidenciar graficamente a comparação total das estratégias, no gráfico 19, é visível a maior valorização do jogo, relativamente às outras estratégias.

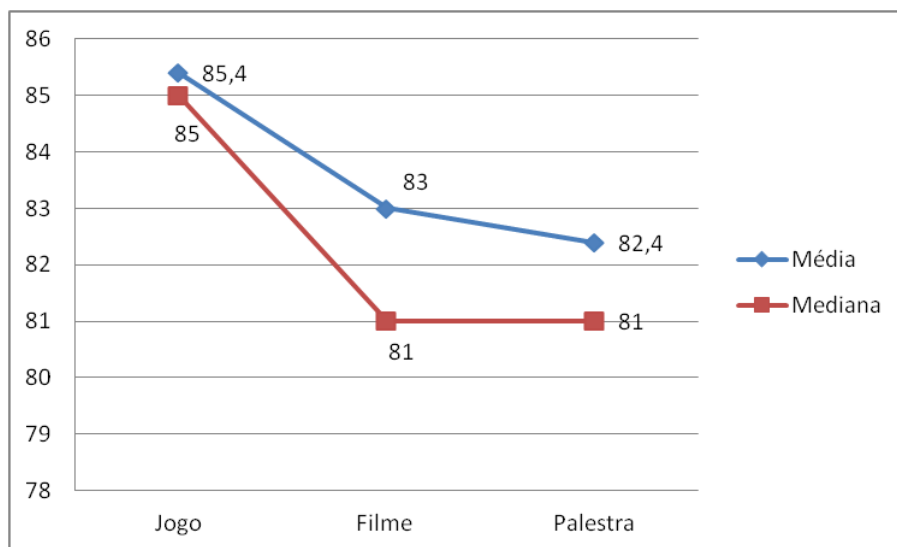


Gráfico 19: Comparação da pontuação total das estratégias

Sobre o impacto nas atitudes dos enfermeiros para com as famílias

Embora existam evidências das vantagens dos jogos, existem poucos dados sobre o impacto no desempenho de profissionais de saúde (Blakely, Skirton, Cooper, Allum, & Nelmes, 2008; Coscrato, Pina, & Mello, 2010), aspecto esse que foi integrado neste percurso, analisando o impacto da formação nas atitudes, nos conflitos e nas práticas dos enfermeiros após a formação.

Para este efeito, utilizou-se a pontuação total da formação e o grau de concordância dos enfermeiros à aplicação da escala das atitudes (Escala IFCE-AE) após a formação, recorrendo a um modelo de regressão logística de multicategoria, ou modelo de regressão ordinal, em que aquela pontuação é a variável explicativa e, a variável explicada (resposta), o quociente entre a probabilidade de o grau de concordância de um enfermeiro ser maior e a probabilidade de esse grau ser menor em cada atitude ou conflito (nível de significância de 5%).

Na tabela 69, são evidenciados os resultados da estimação do modelo de regressão para as atitudes, o que inclui a estimativa do parâmetro, o respetivo valor-p e o intervalo de confiança (a 95%), assim como o correspondente “odds ratio” e o seu intervalo de confiança (a 95%).

Atitudes	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
A presença dos membros da família dificulta o meu trabalho	0.016	0.020	[-0.029,-0.0023]	0.984	[0.972,0.998]
Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho	0.023	0.001	[0.010,0.037]	1.023	[1.010,1.037]
Os membros da família devem ser convidados a participar activamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente	0.023	0.001	[0.010,0.037]	1.023	[1.010,1.037]
A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o)	0.017	0.013	[0.004,0.031]	1.017	[1.004,1.031]
No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente	0.020	0.001	[0.008,0.033]	1.020	[1.008,1.033]
A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança	0.013	0.040	[0.001,0.025]	1.013	[1.001,1.025]
Não tenho tempo para cuidar das famílias	0.013	0.035	[-0.026,-0.001]	0.987	[0.975,0.999]
Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro	0.017	0.007	[0.005,0.029]	1.017	[1.005,1.030]
Os membros da família devem ser convidados a participar activamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente	0.012	0.066	[0.000, 0.025]	1.012	[1.000,1.025]
Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente	0.023	0.001	[0.010,0.036]	1.023	[1.010,1.037]
A presença de membros da família é importante para os mesmos	0.015	0.025	[0.002,0.028]	1.015	[1.002,1.029]
Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados	0.022	0.002	[0.008,0.037]	1.022	[1.008,1.037]
Convido os membros da família a participar activamente nos cuidados ao utente	0.024	0.001	[0.011,0.038]	1.024	[1.011,1.039]
Pergunto às famílias como as posso apoiar	0.014	0.031	[0.001,0.027]	1.014	[1.001,1.027]
Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações	0.013	0.042	[0.001,0.027]	1.014	[1.001,1.027]
Considero os membros da família como parceiros	0.011	0.069	[0.000,0.024]	1.011	[0.999,1.024]
Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente	0.012	0.069	[0.000,0.026]	1.012	[0.999,1.026]
O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil	0.015	0.020	[0.003,0.027]	1.015	[1.003,1.028]
Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho	0.016	0.017	[0.003,0.029]	1.017	[1.003,1.030]
E é importante dedicar tempo às famílias	0.021	0.002	[0.008,0.035]	1.022	[1.008,1.036]
Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados	0.012	0.063	[0.000,0.025]	1.012	[0.999,1.025]
Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação	0.021	0.003	[0.008,0.035]	1.021	[1.008,1.036]
A presença de membros da família deixa-me em stress	-0.016	0.017	[-0.029,-0.003]	0.985	[0.972,0.997]

Tabela 69: Impacto da formação nas atitudes dos enfermeiros

Assim, as estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância varia no mesmo sentido para os itens: *Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho; Os membros da família devem ser convidados a participar activamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente; A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o); No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente; A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança, Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro; Os membros da família devem ser convidados a participar activamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente; Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente; convido os membros da família a conversar depois dos cuidados; convido os membros da família a participar activamente nos cuidados ao utente; pergunto às famílias como as posso apoiar; Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações; considero os membros da família como parceiros; Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente, o meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil, Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho; É importante dedicar tempo às famílias; Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados e Vejo-me como um recurso para as famílias para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.* Ou seja, à medida que a pontuação da avaliação da formação aumenta, o grau de concordância com as questões também aumenta.

Por outro lado, mas, neste caso, em sentido oposto, conclui-se que o grau de concordância varia em sentido inverso ao da avaliação da formação para os itens: *A presença dos membros da família dificulta o meu trabalho; Não tenho tempo para cuidar das famílias e A presença de membros da família deixa-me em stress.* Ou seja, à medida que a pontuação da avaliação da formação aumenta, o grau de concordância diminui.

Por fim, em alguns itens da escala a formação não teve impacto, apresentando um parâmetro estimado não significativo, nomeadamente sobre: *É importante saber quem são os membros da família do utente, A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho e A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar*, apenas três itens num total de vinte e seis.

Em conclusão, os resultados permitem afirmar que a formação tem um impacto favorável nas atitudes, pois aumenta o grau de concordância numa atitude mais favorável às famílias, sobretudo a família como parceiro dialogante e recurso de coping (Oliveira P. , et al., 2011).

O facto de considerarem a importância de envolver a família nos cuidados de enfermagem, é passo importante para convidar, envolver e interagir com a família ao longo de todo o processo de cuidados (Benzein, Johansson, Arestedt, & Saveman, 2008). Esta abordagem permite o desenvolvimento de intervenções baseadas numa abordagem colaborativa, perspetivando a família como parceira, como alvo e unidade de cuidados (Oliveira, et al., 2009).

Por outro lado, diminui a concordância com as atitudes mais negativas em relação à família, quando observada como fardo (Oliveira P. , et al., 2011), como é o caso da afirmação “não tenho tempo para cuidar das famílias”, afirmação e crença mais verbalizada e disseminada pelos enfermeiros (Wright & Leahey, 2009).

Sobre o impacto nos conflitos com a família

Apesar de, em 2004, a resolução de conselho de ministros ter imanado 100 compromissos para uma política de família, onde refere “no âmbito da saúde “ser importante criar e desenvolver condições que proporcionem o acompanhamento próximo das famílias junto dos seus membros e a humanização dos cuidados de saúde (Portugal, 2004). Em contexto

hospitalar as políticas, diretivas e rotinas, não estão adaptadas à versatilidade das famílias, onde as relações entre os enfermeiros e a família são frequentemente acompanhadas por situações de conflito (Sousa, 2011).

A gestão dos conflitos prende-se com o desenvolvimento de estratégias que minimizem as disfunções e maximizem os aspetos positivos com o objetivo de efetivar relações (Galinha, 2009). No âmbito da gestão dos conflitos dos enfermeiros para com as famílias, e no sentido de avaliar o impacto da formação a este nível, são apresentados os resultados na tabela 70.

Conflitos	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Perante a dificuldade de trabalho com o familiar do utente, tento analisar a situação com ele, para encontrar uma solução aceitável para ambos	0.019	0.011	[0.005,0.034]	1.019	[1.005,1.034]
Perante um conflito com o familiar do utente, procuro evitar que me coloquem numa situação difícil e tento não implicar ninguém no problema.	0.013	0.034	[0.001,0.026]	1.014	[1.001,1.027]
Perante uma situação problemática com o familiar do utente, tento integrar as minhas ideias e as suas, para alcançar uma decisão conjunta.	0.019	0.010	[0.005,0.034]	1.019	[1.005,1.035]
Procuro analisar com o familiar do utente as soluções para os problemas que nos beneficiem a ambos.	0.017	0.014	[0.004,0.031]	1.018	[1.004,1.032]
Quando se trata de problemas de trabalho, de um modo geral, evito discutir abertamente com o familiar do utente.	-0.019	0.003	[-0.032,-0.007]	0.981	[0.968,0.994]
Uso o meu prestígio profissional e a autoridade conferida, para pressionar em meu favor.	-0.013	0.033	[-0.026,-0.001]	0.987	[0.975,0.999]
Perante uma situação problemática com o familiar do utente, a informação que troco com ele é sempre verdadeira	0.023	0.000	[0.011,0.036]	1.024	[1.011,1.037]
Evito confrontos com o familiar do utente.	0.020	0.003	[0.007,0.033]	1.020	[1.007,1.034]
Colaboro com o familiar do utente, para chegar a soluções aceitáveis para ambos.	0.013	0.060	[0.000,0.027]	1.013	[1.000,1.027]
Algumas vezes, uso todos os recursos ao meu alcance, para ganhar numa situação de competição com o familiar do utente.	-0.011	0.065	[-0.023,0.000]	0.989	[0.977,1.000]
Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, tento analisar conjuntamente a situação, para conseguir uma compreensão adequada do mesmo.	0.024	3.307	[0.010,0.038]	1.024	[1.010,1.039]

Tabela 70: Impacto da Formação nos Conflitos dos Enfermeiros

A tabela 70 evidencia os resultados da estimação do modelo de regressão para os conflitos (tal como foi feito para as atitudes), o que inclui a estimativa

do parâmetro, o respetivo valor-p e o intervalo de confiança (a 95%), bem como o correspondente “odds ratio” e o seu intervalo de confiança (a 95%).

As estimativas dos parâmetros permitem concluir que o grau de concordância varia no mesmo sentido que a avaliação da formação nos seguintes itens: *Perante a dificuldade de trabalho com o familiar do utente, tento analisar a situação com ele, para encontrar uma solução aceitável para ambos; Perante um conflito com o familiar do utente, procuro evitar que me coloquem numa situação difícil e tento não implicar ninguém no problema; Perante uma situação problemática com o familiar do utente, tento integrar as minhas ideias e as suas, para alcançar uma decisão conjunta; Procuro analisar com o familiar do utente as soluções para os problemas que nos beneficiem a ambos; Perante uma situação problemática com o familiar do utente, a informação que troco com ele é sempre verdadeira; Evito confrontos com o familiar do utente; Colaboro com o familiar do utente, para chegar a soluções aceitáveis para ambos; Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, tento analisar conjuntamente a situação, para conseguir uma compreensão adequada do mesmo.* Ou seja, à medida que a pontuação da avaliação da formação aumenta, o grau de concordância também aumenta.

Por outro lado, em sentido oposto, conclui-se que o grau de concordância varia em sentido inverso ao da avaliação da formação para os itens: *quando se trata de problemas de trabalho, de um modo geral, evito discutir abertamente com o familiar do utente; Uso o meu prestígio profissional e a autoridade conferida, para pressionar em meu favor e algumas vezes, uso todos os recursos ao meu alcance, para ganhar numa situação de competição com o familiar do utente.* Ou seja, à medida que a pontuação da avaliação da formação aumenta, o grau de concordância diminui.

Nos restantes conflitos, a formação não tem impacte (parâmetro estimado não significativo).

Os resultados demonstram que a formação assume um impacto favorável na gestão dos conflitos, permitem concluir que a estimação do modelo nos leva, por um lado, ao aumento de um estilo de gestão de conflitos pela integração, e, por outro, pela diminuição, embora menos evidente, de um estilo de dominação.

Com efeito, verifica-se que o grau de concordância depende, pela positiva, da avaliação da formação, nos itens relativos, a conseguir acordos, colaboração e compreensão com o familiar do utente, de modo a chegar a soluções conjuntas e consensuais (enfermeiro e familiar do utente). Isto leva a que nos situemos num estilo de gestão de conflitos de integração, onde existe uma maior abertura à proposta do outro com base em processos comunicacionais fluidos e criativos, preocupando-se com o resultado, mas também com a relação entre as pessoas (Galinha, 2009).

Além disso, o grau de concordância depende, negativamente, da avaliação da formação, nos itens, relativos a imposição ou pressão por parte do enfermeiro sobre o familiar. Representado por um estilo de conflito de dominação apresentando a competição e controlo como atitudes marcantes (Sousa, 2011).

Salienta-se, ainda, que a formação não teve impacto (resultados não significativos) nos estilos de conflito do tipo servilismo. Este tipo de abordagem centra-se na tentativa de satisfazer o interesse do outro (Alves, 2011), e tende ao compromisso, prefere satisfazer, pelo menos em parte, o outro lado, a não chegar a acordo (Galinha, 2009).

Estes dados evidenciam que a formação leva os enfermeiros a ter uma postura mais dialogante, mais colaboradora e compreensiva com o familiar, o que significa que o impacto da formação nos conflitos é favorável.

Em suma, a formação influencia os enfermeiros a terem uma prática de integração do familiar do utente na sua atividade diária, desincentivando a imposição e o domínio por qualquer das partes. Estes aspetos diferem um

pouco dos obtidos por estes autores, em contexto de internamento hospitalar, onde “*Os enfermeiros tenderam a gerir o conflito com o familiar do utente de modo a beneficiar as duas partes, adotando maioritariamente os estilos Integração e Tendência ao Compromisso, sendo a dominação o estilo menos prevalente* (Martins, Martinho, Carvalho, Fernandes, & Barbieri-Figueiredo, 2012, p. 43).”

Sobre as alterações produzidas na informação documentada pelos enfermeiros sobre a assistência às famílias

A informação documentada pelos enfermeiros assume particular relevância, permitindo a comunicação de factos essenciais, refletindo os cuidados planeados, executados e resultados obtidos numa sequência contínua ao longo do tempo. É importante que a enfermeira registe e documente, uma grande quantidade de dados, decorrentes das entrevistas e da intervenção na família (Wright & Leahey, 2009).

Ao longo deste percurso, realizou-se a análise da informação documentada pelos enfermeiros, através do SAPE®, sistema de apoio à prática de enfermagem. Os sistemas de informação são uma influência cada vez mais real nas práticas, pela quantidade e complexidade da informação, favorecendo o planeamento e assegurando a continuidade de cuidados (Figueiredo & Martins, 2009).

Tendo como referenciais teóricos o modelo Calgary de Avaliação e intervenção familiar, procedeu-se à interpretação da mudança das práticas dos cuidados à família, documentados pelos enfermeiros.

Para comparação dos registos sobre avaliação familiar entre os dois momentos (antes e após a formação), recorre-se ao teste da igualdade de proporções de respostas afirmativas (estatística com distribuição do qui-quadrado de 1 grau de liberdade, partindo da aproximação à distribuição normal). Assim, a hipótese nula em teste é a de que as proporções de

respostas afirmativas são iguais nos dois momentos e a hipótese alternativa é a de que a proporção após a formação é superior. (Tabela 71)

	Estatística	
Estrutural interna		
Composição familiar	64.3	0.000
Ordem de nascimento	3.9	0.025
Subsistemas	28.6	0.000
Estrutural externa		
Família extensa	31.1	0.000
Sistemas mais amplos	7.0	0.004
De desenvolvimento		
Estágios	49.9	0.000
Funcional Instrumental		
Atividades da vida diária	15.6	0.000
Funcional Expressiva		
Comunicação emocional	5.4	0.010
Comunicação verbal	33.3	0.000
Comunicação não verbal	42.4	0.000
Solução de problemas	4.1	0.022
Papéis	7.1	0.025

Tabela 71: Avaliação da Família – Comparação entre os dois Momentos

Os resultados da aplicação dos testes evidenciam que para as dimensões incluídas na tabela 66, a decisão é rejeitar a hipótese nula (valor-p inferior a 5%), o que significa que a percentagem de registos é superior após a formação e que, em consequência, a formação foi eficaz.

Os itens omissos à tabela não apresentam resultados significativos. Com efeito, nos itens: Género e Orientação sexual da Avaliação da família – estrutural interna, o número de respostas é nulo em ambos os momentos, pelo que não é possível efetuar qualquer teste, concluindo-se, assim, que não houve alteração após a formação. A mesma conclusão se aplica aos itens da Avaliação da família – estrutural contexto e aos itens Comunicação circular, Influência e poder, Crenças e Alianças e uniões da Avaliação da família – funcional expressiva, em que o número de respostas é nulo, ou quase nulo, em ambos os momentos.

Nos itens “Limites”, “Vínculos” e “Tarefas”, todas as respostas antes da formação são “ausentes”, existindo algumas respostas afirmativas após a formação, pelo que se conclui, também, que a percentagem de respostas afirmativas é superior após a formação e, portanto, que a formação foi eficaz.

Quando a enfermeira tiver realizado o resumo da avaliação da família onde deve sintetizar a teoria e a prática, deve identificar as forças e problemas da família, desenvolvendo um plano de intervenção (Wright & Leahey, 2009). Neste sentido, o MCIF orienta a decisão da proposta de intervenção mais adequada, determinada pela família e pelo enfermeiro, tendo em vista o domínio predominante do funcionamento familiar, onde se pretende efetuar o ajuste/ mudança (Santos, 2012).

Para comparação dos registos sobre a intervenção familiar entre os dois momentos (antes e após a formação), recorrem-se aos testes realizados anteriormente, a tabela 72 expõe essa comparação. Aqui, conclui-se que se rejeita a hipótese nula para os dois primeiros domínios, ou seja, que a percentagem de respostas afirmativas é superior após a formação e que, em consequência, a formação foi eficaz.

	Estatística	
Domínio cognitivo	4.5	0.017
Domínio afectivo	133.3	0.000
Domínio comportamental	2.5	0.057

Tabela 72: Intervenção na Família – Comparação entre os dois Momentos

No caso do Domínio comportamental, como o valor-p é apenas ligeiramente superior a 5% (levando a não rejeitar a hipótese nula a este nível de significância), é preferível considerar o resultado do teste significativo e rejeitar a hipótese nula (já significativo a 10%, por exemplo), concluindo-se também que a formação foi eficaz. Em resumo, pode-se concluir que a formação foi eficaz em todos os domínios da Intervenção na família.

Para comparação dos registos em cada subdomínio entre os dois momentos (antes e após a formação), a tabela 73, demonstra os resultados do teste de igualdade das proporções, concluindo-se que se rejeita a hipótese nula para todos os subdomínios do quadro, o que significa que a percentagem de respostas afirmativas é superior após a formação e que, em consequência, a formação foi eficaz em todos esses subdomínios.

	Estatística	
Domínio cognitivo		
Oferecer informações opiniões	4.5	0.017
Domínio afetivo		
Validar respostas emocionais	14.4	0.000
Estimular suporte familiar	111.3	0.000
Domínio comportamental		
Incentivar a serem cuidadores	3.2	0.038

Tabela 73 Intervenção na Família – Comparação dos subdomínios

Os subdomínios omissos na tabela (Elogiar forças da família, Incentivar narrativas da doença, Incentivar descanso e Planear rituais) estão ausentes (ou quase ausentes) em ambos os momentos, pelo que não entram para a análise.

Podemos concluir que a formação teve impacto na informação documentada pelos enfermeiros, salientando, porém, a necessidade de sistematização e incorporação destes registos no sistema informático. O sistema de registo proposto por Wright & Leahey (2009) pode ser adaptado a todas as filosofias de instituições ou hospitais e a estilos de prática de enfermagem, incluindo o informatizado.

Sobre os diferentes contextos de cuidados e as práticas de cuidados à família

Os contextos da prática de cuidados parecem ser fatores que afetam os comportamentos relacionados com a família. Com efeito, existe uma diversidade de opiniões sobre o papel da família no processo de cuidados, principalmente no hospital (Fisher, et al., 2008).

Ao observarmos resultados por serviços, podemos afirmar que os serviços de urgências e a consulta externa não sofreram alteração com a formação.

No que se refere, aos resultados da consulta externa, julgámo-los merecedores de alguma cautela, principalmente pela baixa frequência de enfermeiros que integraram este grupo.

Dos dados obtidos, sobre o serviço de urgência estes podem estar relacionados com a complexidade do contexto. Quando as exigências são altas, os enfermeiros necessitam priorizar o seu trabalho em tarefa, e podem colocar a família para outro plano (Benzein, Jonhansson, Årestedt, & Saveman, 2008).

No referente à informação documentada, no âmbito da avaliação familiar a comparação dos serviços evidencia um aumento da frequência de registos em numerosas e variadas subcategorias.

Relativamente à hierarquização dos serviços, é possível afirmar que, na Medicina homens, existe um aumento da frequência de registos em maior número de subcategorias, seguindo-se a Medicina mulheres, a Cirurgia, a Pediatria, a Ortopedia, a Obstetrícia e a Neonatologia (com igual número de subcategorias) e, por fim, a Ginecologia. Em conclusão, destacam-se a Medicina homens, a Medicina mulheres e a Pediatria.

No que se refere aos registos de intervenções na família, a comparação dos serviços permite concluir que a Ortopedia e a Cirurgia demonstram aumento de registos em maior número de domínios, seguindo-se-lhes a Medicina

mulheres, a Neonatologia e a Ginecologia (com igual número de domínios) e, por fim, a Medicina homens, a Pediatria e a Obstetrícia.

Apesar do resultado dos dados apresentados ser decorrente da aplicação da estratégia formativa no seu todo, ou seja, jogo, filme e palestra, o jogo foi a estratégia mais valorizada pelos enfermeiros, o que nos leva a concluir que o “Family Nursing Game” permite integrar a família como foco de cuidados de enfermagem.

Os jogos são uma estratégia útil, de modo a manter a atenção dos formandos, a integrá-los de uma forma ativa na aprendizagem, abandonando o papel passivo a que, frequentemente estão sujeitos (Boctor, 2013). Alguns exemplos de jogos têm sido utilizados na formação em enfermagem, nomeadamente os jogos de tabuleiro (Henderson, 2005). Já em 1987, Cessário considerava que Jogos, nomeadamente o jogo de tabuleiro, podia constituir uma experiência tão útil, quanto agradável, proporcionando, aos elementos da aprendizagem, a oportunidade de interagir num ambiente informal e aprazível, ao mesmo tempo promovendo a aprendizagem. Por conseguinte, os formadores deviam considerar um maior desenvolvimento de jogos para a aprendizagem em enfermagem (Cessario, 1987), o que em muito relevaria na área que este estudo contempla: *Aprender Família*.

7. CONSIDERAÇÕES FINAIS

A família assume nos nossos dias inúmeras expressões, no qual o critério de parentesco, consanguinidade, deixou de determinar um limite preciso. É determinante abandonar o conceito, tradicionalista, circunscrito e normativo da família, redefinir os limites do nosso campo e restrições da nossa visão monocular.

Cientes de que a prática de cuidados de enfermagem às famílias vai depender, do seu próprio conceito sobre *família*, e de que, todos os profissionais que trabalham nas mais diversas áreas dos cuidados de saúde, nomeadamente no hospital, devem possuir conhecimentos sobre como avaliar e intervir na família, percorremos este percurso em prol da mudança das práticas.

A investigação é sempre um trajeto inacabado, por curto ou longo que seja, é importante o começo para iniciar a mudança. Com efeito, após um longo caminho percorrido e ilustrado neste texto, onde se inscrevem reflexões, interrogações sobre a família como foco de cuidados de enfermagem, gostaríamos de tecer alguns comentários.

Elaborado para formação de adultos, este percurso fundamenta-se em dois grandes pilares, na importância da família em contexto hospitalar, e na importância do recurso a estratégias criativas e inovadoras na formação em enfermagem, para o qual foi construído, validado, testado e aplicado o Family Nursing Game.

Analisando todo o percurso, orientado com base nos objetivos que nos propusemos, verificámos que as práticas de cuidados à família encontradas vão ao encontro de estudos similares, evidenciando um fosso entre o discurso e as práticas.

Com efeito, apesar de do ponto de vista regulamentar a enfermagem ter a obrigação de incluir as famílias nos cuidados de saúde, numa primeira análise a realidade evidenciou algo bem diferente.

Da observação das práticas no início deste percurso, observa-se uma significativa influência do modelo biomédico. As intervenções de enfermagem devem direcionar-se à família como foco de atenção na prestação dos seus cuidados, sendo essencial a aplicabilidade deste conhecimento no contexto dos cuidados.

No que respeita à utilização dos jogos para o ensino, estes têm sido amplamente utilizados ao longo das últimas décadas. A sua construção, validação e teste, podem constituir um processo moroso, mas os resultados, salientam o esforço e a necessidade de divulgação destes instrumentos.

O Family Nursing Game®, comparativamente a outras estratégias pedagógicas utilizadas revelou-se meritório de uma melhor avaliação pelos enfermeiros, assim como uma maior procura.

No que se refere ao impacto na atitude dos enfermeiros para com a família, apesar de, na primeira fase, os dados evidenciarem um nível elevado de concordância com a escala utilizada, os resultados demonstram um considerável aumento após a formação.

No âmbito do Impacte no conflito entre os enfermeiros e as famílias, os resultados da intervenção evidenciam um menor efeito do que o verificado nas atitudes.

Relativamente à informação documentada pelos enfermeiros, é de registar a observação de alterações, quer na avaliação familiar, quer na intervenção familiar, sendo, nesta última, significativo o aumento no âmbito do domínio afetivo.

Sobre as implicações deste estudo na prática, formação e investigação. No âmbito da prática, este trabalho de campo é uma condição prévia necessária

à mudança: a incorporação por parte dos enfermeiros de um pensamento sistémico sobre família. Para a formação, conduz à necessidade de os formadores refletirem sobre o seu papel e as metodologias de ensino utilizadas, num mundo em constante mudança. Para a investigação, este estudo mostrou a dicotomia entre o discurso e as práticas, salientando a importância da incorporação de diferentes métodos de colheita de dados.

Consideramos de particular relevância a replicação deste estudo noutros contextos da prática clínica, tendo consciência de que existem fatores relacionados com as políticas organizacionais, que podem interferir nos resultados da formação. Sobre a metodologia, sugeríamos, em próximos estudos, recorrer à observação para avaliação do impacto da formação, assim como a separação das estratégias formativas por grupos de controlo.

Este trabalho compreende duas áreas temáticas que necessitam de ser mais exploradas, divulgadas e alargadas a outros contextos. Por um lado, a formação dos enfermeiros do contexto hospitalar sobre família, considerada por muitos como algo inerente às suas próprias vivências “Sendo família”. Por outro, a necessidade dos formadores questionarem as suas estratégias formativas, realizarem a sua autoavaliação, saírem de uma posição de conforto, de uma visão tradicional, de rotina. *E porque não incluir um Jogo?*

Por último, que formadores e formando, percorrendo este trabalho, possam sentir motivação, interesse e entusiasmo por estes nobres aspetos no caminho do conhecimento.

Especialmente aos enfermeiros, oxalá, este longo caminho tenha contribuído para o crescimento do interesse pela família.

8. REFERÊNCIAS BIBLIOGRÁFICAS

- Aboim, S. (2006). *Conjugalidades em mudança. Percursos e dinâmicas da vida a dois*. Lisboa: imprensa de Ciências Sociais.
- Administração Central do Sistema de Saúde- ACSS. (2014). *Contrato-programa 2014*. Lisboa: Ministério da Saúde.
- Alarcão, M. (2000). *(des) Equilíbrios Familiares*. Coimbra: Quarteto.
- Allum, Blakely, Cooper, Nelmes, & Skirton. (2010). Use of educational games in the health professions: a mixed-methods study of educators' perspectives in the UK. *Nursing and Health Sciences*, p. 22-32.
- Aloi (2009). The nurse and the use of narrative: an approach to caring. *Journal of Psychiatric and Mental Health Nursing*, 2009, n.16,p. 711-715.
- Alves. (2011). *Atitudes dos Enfermeiros face à família: stress e gestão do conflito*. Dissertação de Mestrado em Ciências de Enfermagem, Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar.
- Araújo. (2009). A prestação de serviços nos hospitais portugueses da época moderna. In Leandro, Nossa, & Rodrigues, *Saúde e Sociedade- Os contributos (in) visíveis da família*. Viseu: Psicosoma, p.399-438.
- Astedt-Kurki, Friedemann, Paavilainen, Tammentie, & Paunonen-illmonen. (2001). Assessment of strategies in families tested by finnish families. *Internacional Journal of nursing Studies*, n.38,p. 17-24.
- Baid, & Lambert. (2010). Enjoyable learning: The role of humour , games, and fun activities in nursing and midwifery Education. *Nurse Education Today*, p. 548-552.
- Barbieri. (Julho de 2004). A avaliação familiar pelo enfermeiro de família. Proposta de um instrumento de recolha de dados baseado em Wright e Leahey. *Revista Sinais Vitais*, n.55, pp. 23-30.
- Basavanthappa. (2007). *Nursing Theories*. New Delhi: Jaypee Brothers Publishers.

- Bell, Watson, & Wright. (1990). *The cutting edge of family nursing*. Canada: Family Nursing Units Publications.
- Bellou, & Gerogianni. (Jul/sept de 2007). The contribution of family in the care of patient in the hospital. *Health science journal*, n.1, p. 1-5.
- Benzein, Johansson, Årestedt, & Saveman. (2008). Nurses' Attitudes about the importance of families in nursing care: A survey of Swedish Nurses. *Journal of Family Nursing*, p.162-180.
- Benzein, Johansson, Årestedt, & Saveman. (2008). Families importance in nursing care: nurses' attitudes and instrument development. *Journal of Family Nursing*, n.14, p.97-117.
- Bernardes. (2013). *Políticas e práticas de formação em grandes empresas: a dimensão educativa do trabalho*. Porto: Porto editora.
- Bernardes, Cecilio, Nakao, & Évora. (Julho/Agosto de 2007). Os ruídos encontrados na construção de um modelo democrático e participativo de gestão hospitalar. *Ciência e Saúde Coletiva*, p. 861-870.
- Blakely, Skirton, Cooper, Allum, & Nemes. (2008). Educational gaming in the health sciences: systematic review. *Journal of Advanced Nursing*, p.259-269.
- Boctor. (2013). Active-learning strategies: The use of a game to reinforce learning in nursing education . A Case study. *Nurse Education in Practice*, p. 96-100.
- Bowers. (2011). Making a game of urgent care: simulation for nursing students: Sue Bowers has devised a board game to help staff develop decision-making and problem-solving skills, and to encourage critical thinking and teamwork. *Emergency Nurse*, p. 26-29.
- Bradshaw, M. (2011). Effective learning: what teachers need to Know. In M. Bradshaw, & A. Lowenstein, *Innovative Teaching Strategies in Nursing and Related Health Professions*. Boston: Jones and Bartlett Publishers, p.3-21.
- Cabete. (2005). *O Idoso a doença e o hospital*. Loures: Lusociência.
- Cabral, A. (2001). *Jogo no ensino*. Lisboa: Editorial Notícias.
- Cabral, Silva, & Mendes. (2002). *Saúde e Doença*. Lisboa: Imprensa das Ciências Sociais.

- Caetano. (2003). Formar... qualificar os enfermeiros e as organizações. *Servir*, p.269-274.
- Calkin. (1990). Escape Into A Higher Order. In Bell, Watson, & Wright, *The cutting Edge of Family Nursing*. Calgary: Family Nursing Unit Publications, p.1-5.
- Callegari-Jacques. (2007). *Bioestatística: Princípios e aplicações*. Artmed.
- Câmara, P., Guerra, P., & Rodrigues, V. (2007). *Novo Humanator*. Lisboa: Dom Quixote.
- Campos. (1984). *Os hospitais no sistema de saúde português*. Lisboa: Visita de estudo da federação internacional dos hospitais.
- Canário. (2000). *Educação de adultos: um campo e uma problemática*. Coimbra: Educa.
- Cardoso. (2011). *Promover o bem-estar do familiar cuidador - programa de intervenção estruturado*. Dissertação para o grau de doutor, Universidade Católica Portuguesa.
- Carmo, & Ferreira. (2008). *Metodologia da Investigação* (2ª ed.). Lisboa: Universidade Aberta.
- Cessario. (1987). utilization of Board Gaming for Conceptual Models of Nursing. *Journal of Nursing Education*, p.167-169.
- Chevrier. (2003). A especificação da problemática. In Gauthier, *Da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência:, p.65-95.
- Christoffel, Pacheco, & Reis. (2008). Modelo Calgary de avaliação da família de recém nascidos: estratégia pedagógica para alunos de enfermagem. *Esc. Anna Nery revista de enfermagem*, p.160-165.
- Claudino. (2012). *Relação entre assertividade e estilos de conflito-Estudo exploratório numa amostra de professores*. Vila real: Universidade de Trás-os-Montes e Alto Douro.
- Collière. (1999). *Promover a vida*. Lisboa: Lidel.
- Correia, & Martins. (2009). Genograma: Um instrumento de saúde Mental. *Revista das faculdades Santa Cruz*, n.7, p.17-29.
- Coscrato, Pina, & Mello. (2010). Use of recreational activities in health education: Integrative review of literature. *Acta Paulista de Enfermagem*, p.257-263.

- Costa. (2011). *Mais saber, melhor enfermagem: A repercussão da formação na qualidade de cuidados*. Lisboa: Universidade Lusófona de Humanidades e Tecnologias.
- Crête. (2003). A ética em investigação social. In Gauthier, *Investigação Social- Da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência, p.233-278.
- Cunha, Moreira, & Silva. (2003). Estilos de Gestão de conflito nas organizações: uma contribuição exploratória para a prática construtiva da resolução de conflitos. *Recursos Humanos Magazine*, n.29, p. 42-52.
- Danis, & Solar. (1998). *Aprendizagem e desenvolvimento dos adultos*. Lisboa: Intituto Piaget.
- Deyoung. (2009). *Teaching Strategies for nurse Educators*. New Jersey: Prearson pretince hall.
- Direcção Geral de Saúde -DGS. (2000). Visitas e acompanhamento familiar a doentes internados. *Circular Normativa*, p.1-2.
- Dias, S. (2004). *Formadores. Que desempenho?* Lisboa: Lusociência.
- Dibai, & Cade. (Jan/Mar de 2009). A experiência do acompanhante de paciente internado em instituição hospitalar. *Rev. enferm. UERJ*, n.17, p.86-90.
- Domingues. (2009). Gestão dos recursos humanos em processos de mudança. In Domingues, & Neves, *Tecnologia, Gestão da Qualidade e dos Recursos Humanos: Análise Sociológica*. Ecopsy, p.16-45.
- Duhamel. (2010). Implementing Family Nursing: How do we Translate Knowledge into clinical practice? . *Journal of family nursing*, p.8-25.
- Durand, & Blais. (2003). A medida. In Gauthier, *Investigação social - da problemática à colheita de dados*. Loures: Lusociência, p. 175-201.
- Eggenberger. (2007). Being family: the family experience when an adult member is hospitalized with a critical illness. *Journal of Clinical Nursing*, p.1618-1628.
- Ekdahl. (2013). The organization of hospitals and the remuneration systems are not adapted to frail old patients giving them quality of care and the staff feelings of guilt and frustration. *European Geriatric Medicine* , p.14-18.

- El-Masri, & Fox-Wasylyshyn. (2007). Nurses' roles with families: Perceptions of ICU nurses. *Intensive and critical care nursing*, p.43-50.
- Fawcett, & Whall. (1990). Family Theory Development in Nursing: State of the Art and Science. In Bell, Watson, & Wright, *The Cutting Edge of family nursing*. Calgary: Family Nursing Unit Publications, p.17-25.
- Fazenda. (2005). Mudança em terapia familiar. In Sampaio, & Gameiro, *Terapia Familiar*. Porto: Edições Afrontamento, p.81-98.
- Fernandes. (2007). *A continuidade de cuidados no cleinte submetido a artroplastia da anca*. Dissertação de Mestrado, ICBAS, Porto.
- Fernandes, & Martins. (2011). *Patente N.º 1046/2011*. Portugal.
- Fernandes, & Martins. (2011). Family Nursing Game - Um jogo para refletir na Família como foco dos Cuidados de Enfermagem em meio Hospitalar. *Revista AICA- Revista de divulgação científica*, n. 3, p.23-30.
- Fernandes, Martins, & Gomes. (2013). Construir um jogo para ensinar Família- "Family Nursing Game". *Boletim Científico da Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria*, n.2,p. 4-7.
- Fernandes, Martins, & Gomes. (2014). Construir um Instrumento de avaliação de estratégias de formação (IAEF). *Boletim Científico da Escola Superior de Enfermagem de Santa Maria*, p.11-13.
- Fernandes, Martins, & Takase. (2014). Another way to teach Family: Family Nursing Game. *Revista acta Scientiarum. Health Science*, in press.
- Fialho, Silva, & Saragoça. (2013). *Formação Profissional- Práticas organizacionais, políticas publicas e estratégias de acção*. Lisboa: Edições Sílabo.
- Field. (2009). *Descobrimdo a estatística usando o SPSS*. Porto Alegre: Artmed.
- Figueiredo. (2009). *Enfermagem de Família: Um contexto do Cuidar*. Dissertação para o grau de doutor, ICBAS, Porto.
- Figueiredo, & Martins. (2009). Dos contextos da prática à (co) construção do modelo de cuidados de enfermagem. *Revista Escola Enfermagem USP*, p.615-621.
- Figueiredo, Grau, Andrade, Santa, Monteiro, & Charepe. (2012). Modelo Dinâmico de Avaliação e Intervenção Familiar: uma acção

- transformativa em Cuidados de Saúde Primários. In J. C.-F. MariCarvalho, Barbieri-Figueiredo, Ferannndes, Vilar, Andrade, Santos, Oliveira, *Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: ESEP, p.55-60.
- Figueiredo, Tonini, Tavares, & Araújo. (2010). Enfermagem e o jogo dramático: Reflexões de enfermeiros sobre o cuidado de enfermagem através da imagem. *revista Referência*, p. 65-72.
- Fisher, Lindhorst, Matthews, Munroe, Paulin, & Scott. (2008). Nursing Staff attitudes and behaviors regarding family presence in the hospital setting. *JAN: original research*, p.615-623.
- Flöck. (2013). *A Pedagogia da Libertação de Paulo Freire e sua aplicabilidade no trabalho social na Alemanha e na Europa*. GRIN Verlag.
- Fonseca, Scochi, & Mello. (2002). Educação em saúde de puérperas em alojamento conjunto neonatal: aquisição de conhecimento. *Revista latino Enfermagem*, p.166-171.
- Fortin. (2009). *Fundamentos e etapas do processo de investigação*. Loures: Lusodidacta.
- Franque. (2006). *Análise dos estilos de gestão do conflito predominates em ambiente laboral dos enfermeiros da ilha de S. Miguel*. Açores: Universidade dos Açores.
- Frederico. (2006). *Organizações; trabalho e carreira*. Loures: Lusociência.
- Frei Bernardo, .. (2002). *Aspectos da Família e da Educação para o futuro*. Porto: Fr. Bernardo Domingues.
- Frias. (2003). *A aprendizagem do cuidar e a morte*. Loures: Lusociência.
- Friedman, M. (1998). *Family Nursing: Research, theory, and practice*. Stamford: Apleton e Lange.
- Galbreath. (2000). Callista Roy. In J. George, *Teorias de Enfermagem "os fundamentos à Prática Profissional"*. Porto Alegre: Artmed, p.204-224.
- Galinha. (2009). *Mediar para cuidar*. Dissertação de mestrado em ciências da família: Universidade Católica Faculdade de ciências .
- GEP. (2012). *Estatísticas em síntese- Inquérito à formação profissional*. Lisboa: Ministerio do trabalho e da solidariedade social.

- Gibson, & Douglas. (2013). Criticality: The experience of developing an interactive educational tool based on board games. *Nurse Education today*, p.1612-1616.
- Gimeno, A. (2003). *A família:O Desafio da Diversidade*. Lisboa: Instituto Piaget.
- Gomes, Cunha, Rego, Cunha, Cardoso, & Marques. (2008). *Manual de Gestão de pessoas e do capital humano*. Lisboa: Sílabo.
- Goudrea, Duhamel, & Ricard. (2006). The impact of a family systems nursing educational program on the practice of psychiatric nurses: A pilot study. *Journal of Family Nursing*, p.292-306.
- Grande Dicionário da Língua Portuguesa Acordo Ortográfico*. (2010). Porto: Porto Editora.
- Hanson. (2005). Avaliação e intervenção familiar. In Hanson, *Enfermagem de cuidados de saúde à família*. Loures: Lusociência, p.181-206.
- Hanson. (2005). Fundamentos dos Cuidados de Enfermagem de Família. In Hanson, *Enfermagem de Cuidados de Saúde à família*. Lisboa, Portugal: Lusociencia, 2ªed, p.3-27.
- Hanson, & Kaakinen. (2005). Fundamentos teóricos para a enfermagem de Família. In S. Hanson, *Enfermagem de Cuidados de Saúde à Família* (pp. 39-50). Loures: Lusociência.
- Henderson. (2005). Games: Making Learning Fun. In Oermann, & Heinrich, *Annual review of nursing education*. New York: Springer Publishing Company, p. 165-183.
- Herrman, J. (2008). *Creative Teaching Strategies for the Nurse Educator*. Philadelphia: F.A. Davis.
- Hesbeen, W. (2000). *Cuidar no Hospital-enquadrar os cuidados de enfermagem numa perspectiva de cuidar*. Loures: Lusociência.
- Hitchcock, shubert, & Tomas. (2003). *Community and health nursing*. United States of America: DelmarLearning.
- Hodges, T. (2008). *Education of gaming in nursing education and the effects of learning and retention*. Dissertation application to the degree of doctor of science educação, Auburn, Alabama.

- Hostlander. (2005). Clinical application of the 15- minute family interview: Addressing the needs of postpartum families. *Journal of family Nursing*, n.11,p. 5-18.
- Intrenacional Council of Nurses-ICN. (2002). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem- versão Beta 2*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira de saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Intrenacional Council of Nurses -ICN. (2005). *Classificação Internacional para a prática de enfermagem- Versão 1*. Lisboa: Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde e Associação Portuguesa de Enfermeiros.
- Instituto de Gestão Informática e Financeira da Saúde-IGIF. (2004). *Breve descrição do SAM e SAPE: enquadramento com o sinus*. Obtido de Instituto de Gestao informatica e financeira da Saude: <http://www.igif.min-saude.pt/upload/igif/img/enq-SAM-SAPE.pdf>
- Jaffe, L. (2011). Games are Multidimensional in Educational situations. In M. Bradshaw, & A. Lowenstein, *Innovative teaching strategies in nursing and related health professions*. Boston: Jones and Bartlett Publishers, 5ªed, p.175-187.
- Josso. (2005). Formação de adultos: aprender a viver e a gerir as mudanças. In Canário, & Cabrito, *Educação e formação de adultos: mutações e convergências* . Coimbra: Educa, p.115-127.
- Kaakinen, & Birenbaum. (2011). Desenvolvimento da família e apreciação de enfermagem da família. In Stanhope, & Lancaster, *Enfermagem de Saúde Pública* . Loures: Lusociência, p.570-590.
- Kaakinen, & Hanson. (2010). Theoretical Foundations for the nursing of families. In Kaakinen, Gedaly-Duff, Coelho, & Hanson, *Family Health Care Nursing "Theory , Partice and Research"*. Philladelphia: Davis plus, 4ªed, p.63-102.
- Kaslow. (2010). A Family Therapy Narrative. *The American Journal of Family Therapy*, n.38, p.50-62.
- Knowles. (1990). *The adult learner. A neglected species*. Houston: Gulf Publishing, 4ªed.
- Knowles, Holton, & Swanson. (2011). *The Adult Learner*. Woburn: BA: Butterworth-Heineman Publishing, 8ªed.

- LaRosa. (2003). *Psicologia e educação: o significado do aprender*. Porto Alegre: EDIPUCRS, 7ªed.
- Leal. (2006). *A CIPE e a visibilidade da enfermagem- Mitos e realidades*. Loures: Lusociência.
- Lee, Leung, & Malk. (2012). The application of family-nursing assessment skills: From classroom to hospital ward among final-year nursing undergraduates in Hong Kong. *Nurse Education Today*, p.78-84.
- LeGrow, & Rossen. (2005). Development of professional practice based on a Family Systems Nursing Framework: Nurse's and Families' experiences. *Journal of family nursing*, p.38-58.
- Leite, Gonçalves, Stefanelli, & Bonadio. (1998). Jogo educativo na orientação grupal de puérperas em alojamento conjunto: uma estratégia de educação para a saúde. *Texto & Contexto*, 59-72.
- Lopes, & Jorge. (2005). Interacionismo simbólico e a possibilidade para o cuidar interativo em enfermagem. *Revista Escola Enferm USP*, n.39, p. 103-108.
- Lowenstein. (2011). Strategies for innovation. In Bradshaw, & Lowenstein, *Innovative teaching Strategies in Nursing and related Health Professions*. USA: Jones and Bartlett Publishers, 5ªed, p.37-49.
- Machado, Soprano, Machado, Lustosa, Lima, & Mota. (2005). Identificação de riscos na família a partir do genograma. *Família, Saúde e Desenvolvimento*, n.5,p.149-157.
- Maria, A., & Torres, P. (1999). *Em defesa dos direitos da família*. Lisboa: Rei dos Livros.
- Martinez, Artois, & Rennick. (2013). Does the 15- Minute (or less) Family Interview Influence Family Nursing Practice? *Journal Of Family Nursing*, p.157-178.
- Martins. (2002). *Uma crise acidental na família o doente com AVC*. Coimbra: Formasau.
- Martins, Martinho, Carvalho, Fernandes, & Barbieri-Figueiredo. (2012). Enfermagem e Famílias: concepções e práticas dos enfermeiros - em unidades de internamento. In *Família, Transferibilidade do conhecimento em Enfermagem de Família*. Porto: ESEP, p.44-55.

- Massingue, B. (2011). Pilotage des politiques de formation. In Carré Philippe, *Traité des sciences et des techniques de la formation*. France: Dunod.
- Maturana, & Varela. (1992). *The tree of knowledge: The biological roots of human understanding*. Boston: Shambala.
- McGoldrick, M. (2003). *Novas abordagens da terapia familiar*. Brasil: Roca.
- McIntyre. (2007). Como as pessoas gerem o conflito nas organizações: Estratégias individuais negociais. *Análise Psicológica*, p.295-305.
- Meehan-Andrews. (2008). Teaching mode efficiency and learning preferences of first year nursing students. *Nurse Education Today*, p.24-32.
- Meleis. (2010). *Transitions theory: middle-range and situation -specific theories in nursing research and practice*. New York: Springer.
- Menoita, E. (2011). *Formação em Serviço: um contributo para o desenvolvimento de competências*. Coimbra: Formasau.
- Minuchin, S. (1982). *Famílias funcionamneto e tratamento*. Porto Alegre: Artes Médicas.
- Ministério da Saúde. (1998). *O Hospital Português*. Lisboa: Direcção Geral de Saúde.
- Monteiro. (2009). A desospitalização e a gestão familiar dos cuidados. In Leandro, Nossa, & Rodrigues, *Saúde e Sociedade- Os contributos (In)visíveis da Família*. Viseu: Psicosoma, p.413-436.
- Monteiro. (2010). *Vivências dos cuidadores familiares em internamento hospitalar- o inicio da dependência*. Dissertação de mestrado em ciências de Enfermagem. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar- ICBAS.
- Morais, L. (2012). *Liderança e estratégia – casos de inovação nas organizações de saúde*. Lisboa: Lisboa.
- Morrison. (1994). *Para compreender os doentes*. Lisboa: Climepsi.
- Nayeri, & Negarandeh. (2009). Conflict among Iranian hospital nurses: a qualitative study5. *Human Resources for Health*, p.7-25.
- Nogueira, M. (2003). *Necessidades da família no cuidar: papel do enfermeiro*. Dissertação de mestrado em ciências de Enfermagem. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar- ICBAS.

- Ordem dos Enfermeiros-OE. (2002). *A cada Família o seu Enfermeiro*. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros-OE. (2006). *Investigação em Enfermagem - Tomada de Posição*. Conselho Directivo. Lisboa: Ordem dos Enfermeiros.
- Ordem dos Enfermeiros-OE. (2010). *Regulamento das competências específicas do enfermeiro de saúde familiar*. Obtido de www.ordemenfermeiros.pt.
- Ordem dos Enfermeiros-OE. (2003). Plano Nacional de Saúde , orientações estratégicas- Contributos posição da Ordem dos Enfermeiros. N. 10, p. 7-12.
- Oliveira, Fernandes, Vilar, Figueiredo, Santos, Andrade, . . . Martins. (2009). Atitudes dos enfermeiros face à família - Validação da Escala IFCE-AE. In Barbieri, Martins, Figueiredo, Martinho, Andrade, Oliveira, Santos, *Da investigação à prática de Enfermagem de Família*. Porto: ESEP, p.34-49.
- Oliveira, P., Fernandes, H., Vilar, A., Figueiredo, M., Ferreira, M., Martinho, J.Martins. (2011). Atitudes dos enfermeiros face à família. *Rev Esc Enferm USP*, n.45, p. 1331-1337.
- Pardue, Tagliareni, Valiga, Davison-Price, & Orehowsky. (2005). Substantive Innovation in Nursing Education. *Nursing Education Perspectives*, p.55-57.
- Pedroso, J., & Branco, P. (2008). Mudam-se os tempos, muda-se a família.As mutações do acesso ao direito e à justiça. *Revista Crítica de Ciências Sociais*, p.53-83.
- Pedroso, J., Casaleiro, P., & Branco, P. (2011). A odisseia da transformação do Direito da Família (1974-2010) *Sociologia, Revista da Faculdade de Letras da Universidade do Porto*, 219-238.
- Peixoto, & Martins. (2012). Adaptação do perfil de resiliência familiar à população Portuguesa. *Psicologia, saúde e doenças*, n.13, p.372-388.
- Pelletier, Séguin-Lévesque, & Legault. (2002). Pressure from above and pressure from below as determinants of teacher's motivation and teaching behaviors. *Journal of educational Psychology*, n.94, p.186-196.

- Pereira. (2009). *Informação e Qualidade do Exercício Profissional dos Enfermeiros*. Dissertação de doutoramento em ciências de Enfermagem. Porto: Instituto Ciências Biomédicas Abel Salazar-ICBAS.
- Perrenoud. (1997). *Práticas Pedagógicas, Profissão docente e formação*. Lisboa : Publicações D. Quixote.
- Phaneuf. (2004). *Comunicação, entrevista, relação de ajuda e validação*. Loures: Lusociência.
- Pimentel. (2007). A teoria da aprendizagem experiencial como alicerce de estudos. *Estudos de Psicologia* , p.159-168.
- Pimentel. (2004). *O jogo e desenvolvimento profissional, análise de uma proposta de formação continuada de professores*. Doutorado, Faculdade de Educação de São Paulo.
- Pinto, Rodrigues, Melo, Moreira, & Rodrigues. (2006). *Fundamentos de Gestão*. Lisboa: Editorial Presença.
- Polit, Beck, & Hungler. (2004). *Fundamentos de pesquisa em enfermagem* (5ª ed.). Porto alegre: Art med.
- Portugal. (15 de Abril de 1964). Decreto nº 45664. *Série I*.
- Portugal. (16 de Setembro de 1997). Lei nº 108/97. *Série I*, p. 4959-4960.
- Portugal. (2004). *Diário da república série I*, 2242-2248.
- Portugal. (14 de Setembro de 2009). Lei nº 106/2009. *Série I*, p. 6254-6255.
- Portugal. (14 de Julho de 2009). Lei nº 33/2009. *Série I*, p. 4467.
- Portugal. (2010). Lei nº 23/2010 Código Civil Português. *Diário da República Série I*, nº 168.
- Rahim, & Magner. (1995). Confirmatory factor analysis of the styles of handling interpersonal conflict: first-order factor model and its invariance across groups. *Journal of Applied Psychology*, n.80, p. 122-132.
- Rasheed, Rasheed, & Marley. (2011). *Family Therapy*. California: Sage publications.
- Reis, & Falcão. (2003). Hospital publico português: da crise à renovação? *Revsita portuguesa de saúde pública*, n.21,p. 5-14.

- Relvas, A. P. (2006). *O ciclo Vital da Família*. Porto: Edições Afrontamento.
- Ribeiro. (2010). *Metodologia de investigação em psicologia e saúde*. Porto: Livpsic.
- Rodrigues, & Ferrão. (2012). *Formação Pedagógica de Formadores*. Lisboa: Lidel.
- Rowell, & Spielvogle. (1996). "A Few Good Bug Detectives," a gaming technique to increase staff awareness of current infection control practices. *Journal of Continuing Education in Nursing*, p.274-278.
- Royse, & Newton, M. (Setembro de 2007). How gaming is used as an innovative strategy for nursing education. *Revista Nursing Education Perspectives*, n.28,p. 263-267. DOI: 10.1043/1536-5026.
- Santiago. (2009). A família e a saúde- condicionantes sociais face à atual moldura demografica e padrão epidemiologico. In Leandro, Nosa, & Rodrigues, *Saúde e Sociedade- os contributos (in)visíveis da família*. Viseu: Psicosoma, p.439-465.
- Santos. (2006). *Enfermagem de Família: Análise Epidemiológica da adequação do Modelo de Calgary de Avaliação Familiar a Famílias com insuficiência cardíaca em contexto hospitalar*. Coimbra: Instituto SuperiorMiguel Torga.
- Santos. (2012). *Abordagem sistémica do cuidado à família: impacto no desempenho profissional do enfermeiro*. Dissertação de doutoramento, Universidade de Lisboa, Lisboa.
- Saveman, Mahlen, & Benzein. (2005). Nursing student's belief about families in nursing care. *Nurse Education Today*, n.25, p.480-486.
- Schwartz, R. (2004). *Terapia dos sistemas Familiares Internos*. São Paulo: Roca.
- Sealover, P., & Henderson, D. (2005). Scoring rewards in nursing education with games. *Nurse Educator*, n.30 (6), p.247–250.
- Segaric, & Hall. (2005). The family theory-practice gap: a matter of clarity? *Nursing Inquiry*, p.201-218.
- Serra, M. (2005). *Aprender a ser Doente, Processos de aprendizagem de doentes em internamento hospitalar*. Loures: Lusociência.
- Shell. (2006). A delphi study of innovative teaching in baccalaureate Nursing Education. *Journal of Nursing Education*, p.439-448.

- Silva. (2006). *Quando a vida chega ao fim- Expectativas do Idoso Hospitalizado e a Família*. Lisboa: Lusociência.
- Silva, Moules, Silva, & Bousso. (2013). The 15 Minute Family Interview: a family health strategy tool. *Revista Esc. Enfermagem USP*, p.634-639.
- Silveiral, & Angelo. (Nov/Dec de 2006). Interaction experience for families who lives with their child`s disease and hospitalization. *Revista Latino-Americana*, n.14, p.23-32.
- Sousa. (2011). *A família- Atitudes do enfermeiros de reabilitação*. Porto: Escola Superior de Enfermagem do Porto.
- Stanely, & Latimer. (2011). "The ward": A simulation game for nursing students. *Nurse Education in Practice*, p.20-25.
- Stedt-Kurkia, Friedemannb, Paavilainen, Tammentiea, & Paunonen-Ilmone. (2001). Assessment of strategies in families tested by Finnish families. *International Journal of Nursing Studies*, n.38, p.17-24.
- Streubert, & Carpenter. (2002). *Investigação qualitativa em enfermagem: avançando o imperativo humanista*. Loures: Lusociência.
- Tavares. (2001). *A resiliência na sociedade emergente*. São Paulo: Cortez Editora.
- Teixeira, M. (2009). *Necessidades de saúde em famílias com jovens adultos*. Dissertação de Candidatura ao grau de Doutor, Instituto de Ciências Biomédicas de Abel SALazar.
- Vilelas. (2009). *Investigação, o processo de construção do conhecimento*. Lisboa: Sílabo.
- Wall, K. (2005). *Famílias em Portugal. Percursos, interações, redes sociais*. Lisboa: Imprensa de Ciências Sociais.
- White, & Klein. (2002). *Family Theories*. California: Sage publications, 2ªed.
- WHO. (2000). Second WHO Ministerial Conference on Nursing and Midwifery in Europe. *Munich Declaration: Nurses and midwives: a Force for health*.
- Woodring, & Woodring. (2011). Lecture: Reclaiming a place in pedagogy. In Bradshaw, & Lowenstein, *Innovative teaching strategies in nursing and related health professions*. Canada: Jones and Barlett, p.113-137.

- Wright, & Bell Nurses, f. a. (2004). Nurses, families, and illness: a new combination. *Journal of Family Nursing*, p.3-11.
- Wright, & Leahey. (1990). Trends in Nursing of Families. *Journal of advanced Nursing*, n.15, p. 148-154.
- Wright, & Leahey. (1999). Maximizing Time, Minimizing Suffering: The 15 Minute (or less) family interview. *Journal of Family Nursing*, p.255-274.
- Wright, & Leahey. (2009). *Nurses and Families- A guide to family assesment and intervention*. Philadelphia: Davis Company, 5 ed.
- Wright, I., & Leahey, M. (2009). *Enfermeiras e famílias: um guia para avaliação e intervenção na família*. São Paulo: Roca.
- Young. (2004). Trying something new: Reform as embracing the possible, the familiar, and the at-hand. *Nursing Education Perspectives*, n.25, p.124-10.
- Zachry. (1985). How I Kicked the Lecture Habit: Inquiry Teaching in Psychology. *Teachinf of Psycology*, p.129-131.

ANEXOS

Anexo I: Questionários

Questionário : 1

A família como foco de cuidados de enfermagem - aprendendo com o "family nursing game"

QuestionárioNº _____

O meu nome é Carla Sílvia Neves da Nova Fernandes, sou aluna do Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), sob orientação da Professora Doutora Manuela Martins, e estou a desenvolver um estudo sobre o tema: "A família como foco de cuidados de enfermagem - aprendendo com o "family nursing game", pelo que, solicito a sua colaboração para o preenchimento das questões apresentadas, sendo garantida a confidencialidade e anonimato das informações.

Agradeço a sua colaboração e o seu contributo para a realização do estudo, disponibilizando a pedido os resultados.

1. Sexo: 1.1 - Masculino ____ 1.2 - Feminino ____
2. Idade: ____ (em anos)
3. Grau académico: _____
4. Categoria profissional: _____
5. Tempo de exercício profissional: ____ (em anos)
 - 5.1 - Na prestação de cuidados: ____ (em anos)
 - 5.2 - No actual serviço: ____ (em anos)
6. Formação em Enfermagem de Família: Sim Não
 - 6.1 - Contexto Académico _____
 - 6.2 - Formação contínua _____
 - 6.3 - Outros contextos _____
 - 6.4 - Auto - formação _____
7. Local de trabalho: Serviço de _____
8. Metodologia de trabalho (assinale todas as que se apliquem):
 - 8.1 - Método funcional (Trabalho dividido por tarefas)
 - 8.2 - Método de cuidados globais (Método individual)
 - 8.3 - Método de enfermeiro de referência
 - 8.4 Outro método Qual: _____
9. Quais os Problemas /diagnósticos de Enfermagem na Família e respectivas intervenções que utiliza na sua prática diária?

10. Já teve algum familiar internado em meio Hospitalar?
 - 9.1. Não ____
 - 9.2 Sim ____ Quem? _____

A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros(IFCE-AE)

Families' Importance in Nursing Care - Nurses Attitudes (FINC-NA) Versão Original: Bezein, E; Johansson, P; Saveman, BI (2006).

Versão Portuguesa: Barbieri, MC; Martins, MM; Figueiredo, MH; Martinho, MJ; Andrade, L; Oliveira, P; Fernandes, I; Vilar, AI; Carvalho, JC; Santos, MR(2009).

Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor descreve os seus pensamentos em cada uma das afirmações.

		Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1	E importante saber quem são os membros da família do utente.				
2	A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.				
3	Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4	Os membros da família devem ser convidados a participar activamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5	A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o).				
6	No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.				
7	A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança				
8	Não tenho tempo para cuidar das famílias.				
9	Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.				
10	A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.				
11	Os membros da família devem ser convidados a participar activamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.				
12	Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente.				
13	A presença de membros da família é importante para os mesmos.				
14	Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.				
15	Convido os membros da família a participar activamente nos cuidados ao utente.				
16	Pergunto às famílias como as posso apoiar.				
17	Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
18	Considero os membros da família como parceiros				
19	Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.				
20	O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.				
21	Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.				
22	E importante dedicar tempo às famílias.				
23	A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar planeamento dos cuidados.				
24	Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.				
25	Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.				
26	A presença de membros da família deixa-me em stress.				

ROCI-II Rahim Organizational Conflict Inventory

Rahim & Magner 1995, validado por Cunha et al, 2003

Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor descreve os seus pensamentos em cada uma das afirmações

		Discordo Parcialmente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Parcialmente
1	Perante a dificuldade de trabalho com o familiar do utente, tento analisar a situação com ele, para encontrar uma solução aceitável para ambos					
2	Perante um problema de trabalho, geralmente tento satisfazer as necessidades do familiar do utente.					
3	Perante um conflito com o familiar do utente, procuro evitar que me coloquem numa situação difícil e tento não implicar ninguém no problema.					
4	Perante uma situação problemática com o familiar do utente, tento integrar as minhas ideias e as suas, para alcançar uma decisão conjunta.					
5	Procuro analisar com o familiar do utente as soluções par os problemas que nos beneficiem a ambos.					
6	Quando se trata de problemas de trabalho, de um modo geral, evito discutir abertamente com o familiar do utente.					
7	Procuro encontrar caminhos intermédios no intuito de avançar para uma solução.					
8	Procuro utilizar todos os recursos ao meu alcance, para que as minhas ideias sejam aceites.					
9	Uso o meu prestígio profissional e a autoridade conferida, para pressionar em meu favor.					
10	Geralmente, actuo como deseja o familiar do utente.					
11	Usualmente, acato os desejos do familiar do utente.					
12	Perante uma situação problemática com o familiar do utente, a informação que troco com ele é sempre verdadeira					
13	Perante uma dificuldade de trabalho com o familiar do utente, geralmente faço-lhe concessões.					
14	Usualmente, proponho um caminho intermédio, para romper com os pontos mortos. (impasses)					
15	Perante problemas de trabalho, procuro conseguir acordos com o familiar do utente.					
16	Tento não mostrar desacordo com o familiar do utente.					
17	Evito confrontos com o familiar do utente.					
18	Uso os meus conhecimentos e experiência profissional, para que as decisões me favoreçam.					
19	No trabalho, de um modo geral, acato as sugestões do familiar do utente.					
20	Ao procurar soluções para um problema de trabalho com o familiar do utente, por vezes, tenho que ceder um pouco para conseguir algo.					
21	Perante uma situação problemática com o familiar do utente, geralmente mostro-me firme por procurar impor o meu ponto de vista.					
22	Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, procuro colocar claramente os nossos interesses, para que o problema seja resolvido da melhor forma possível.					
23	Colaboro com o familiar do utente, para chegar a soluções aceitáveis para ambos.					
24	No trabalho, tento satisfazer as expectativas do familiar do utente.					
25	Algumas vezes, uso todos os recursos ao meu alcance, para ganhar numa situação de competição com o familiar do utente.					
26	Procuro não mostrar o meu desacordo com o familiar do utente, para evitar problemas.					
27	Tento evitar situações aborrecidas e desagradáveis com o familiar do utente.					
28	Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, tento analisar conjuntamente a situação, para conseguir uma compreensão adequada do mesmo.					

Agradecemos a sua colaboração!

Questionário : 2

A família como foco dos Cuidados de Enfermagem em Meio Hospitalar

Questionário Nº _____

O questionário consiste em várias afirmações gerais sobre a importância das famílias nos cuidados de Enfermagem. Responda a todas as questões para os dados serem válidos.

1. Sexo: 1.1 - Masculino ____ 1.2 - Feminino ____
2. Idade: ____ (em anos)
3. Grau académico: _____
4. Categoria profissional: _____
5. Tempo de exercício profissional: ____ (em anos)
 - 5.1 - Na prestação de cuidados: ____ (em anos)
 - 5.2 - No actual serviço: ____ (em anos)
6. Local de trabalho: Serviço de _____

A Importância das famílias nos cuidados de Enfermagem - atitudes dos enfermeiros (IFCE-AE)

Families' Importance in Nursing Care - Nurses' Attitudes (FINUNA) - Versão Original: Özgen, E., Johnson, P., Saveman, B. (2006).
Versão Portuguesa: António, M.C., Martins, M.M., Piqueras, M.M., Martins, M.J., Andrade, L., Oliveira, P., Remondes, E., Vilar, A., Corvellec, J.C., Santos, M.R. (2009).

Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor descreve os seus pensamentos em cada uma das afirmações.

	Discordo completamente	Discordo	Concordo	Concordo completamente
1 É importante saber quem são os membros da família do utente.				
2 A presença de membros da família dificulta o meu trabalho.				
3 Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho.				
4 Os membros da família devem ser convidados a participar activamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente.				
5 A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o).				
6 No primeiro contacto com os membros da família, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente.				
7 A presença de membros da família dá-me um sentimento de segurança.				
8 Não tenho tempo para cuidar das famílias.				
9 Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro.				
10 A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho.				
11 Os membros da família devem ser convidados a participar activamente no planeamento dos cuidados a prestar ao utente.				
12 Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente.				
13 A presença de membros da família é importante para os mesmos.				
14 Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados.				
15 Convido os membros da família a participar activamente nos cuidados ao utente.				
16 Pergunto às famílias como as posso apoiar.				
17 Encorajo as famílias a utilizarem os seus recursos para que dessa forma possam lidar melhor com as situações.				
18 Considero os membros da família como parceiros.				
19 Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente.				
20 O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil.				
21 Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias, que posso utilizar no meu trabalho.				
22 É importante dedicar tempo às famílias.				
23 A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar planeamento dos cuidados.				
24 Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados.				
25 Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação.				
26 A presença de membros da família deixa-me em stress.				

ROCI-II Rahim Organizational Conflict Inventory

Rahim & Magner 1995, validado por Cunha et al, 2003

Assinale com uma cruz (X) a resposta que melhor descreve os seus pensamentos em cada uma das afirmações

		Discordo Puramente	Discordo	Indiferente	Concordo	Concordo Puramente
1	Perante a dificuldade de trabalho com o familiar do utente, tento analisar a situação com ele, para encontrar uma solução aceitável para ambos.					
2	Perante um problema de trabalho, geralmente tento satisfazer as necessidades do familiar do utente.					
3	Perante um conflito com o familiar do utente, procuro evitar que me coloquem numa situação difícil e tento não implicar ninguém no problema.					
4	Perante uma situação problemática com o familiar do utente, tento integrar as minhas ideias e as suas, para alcançar uma decisão conjunta.					
5	Procuro analisar com o familiar do utente as soluções para os problemas que nos beneficiem a ambos.					
6	Quando se trata de problemas de trabalho, de um modo geral, evito discutir abertamente com o familiar do utente.					
7	Procuro encontrar caminhos intermédios no intuito de avançar para uma solução.					
8	Procuro utilizar todos os recursos ao meu alcance, para que as minhas ideias sejam aceites.					
9	Uso o meu prestígio profissional e a autoridade conferida, para pressionar em meu favor.					
10	Geralmente, actuo como desejo o familiar do utente.					
11	Usualmente, acato os desejos do familiar do utente.					
12	Perante uma situação problemática com o familiar do utente, a informação que troco com ele é sempre verdadeira.					
13	Perante uma dificuldade de trabalho com o familiar do utente, geralmente faço-lhe concessões.					
14	Usualmente, proponho um caminho intermédio, para romper com os pontos mortos. (impasses)					
15	Perante problemas de trabalho, procuro conseguir acordos com o familiar do utente.					
16	Tento não mostrar desacordo com o familiar do utente.					
17	Evito confrontos com o familiar do utente.					
18	Uso os meus conhecimentos e experiência profissional, para que as decisões me favoreçam.					
19	No trabalho, de um modo geral, acato as sugestões do familiar do utente.					
20	Ao procurar soluções para um problema de trabalho com o familiar do utente, por vezes, tenho que ceder um pouco para conseguir algo.					
21	Perante uma situação problemática com o familiar do utente, geralmente mostro-me firme para procurar impor o meu ponto de vista.					
22	Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, procuro colocar claramente os nossos interesses, para que o problema seja resolvido da melhor forma possível.					
23	Colaboro com o familiar do utente, para chegar a soluções aceitáveis para ambos.					
24	No trabalho, tento satisfazer as expectativas do familiar do utente.					
25	Algumas vezes, uso todos os recursos ao meu alcance, para ganhar numa situação de competição com o familiar do utente.					
26	Procuro não mostrar o meu desacordo com o familiar do utente, para evitar problemas.					
27	Tento evitar situações aborrecidas e desagradáveis com o familiar do utente.					
28	Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, tento analisar conjuntamente a situação, para conseguir uma compreensão adequada do mesmo.					

Avaliação das Estratégias de Ensino (AEE, 2010)

Este questionário consiste em várias afirmações gerais sobre a avaliação da formação sobre Família. Dê a sua opinião para cada uma das estratégias e para cada uma das afirmações. Os valores das colunas correspondem a:

1 - Discordo fortemente 2 - Discordo; 3 - Indiferente; 4 Concordo; 5 - Concordo Fortemente 0 - Não participei

Não esqueça de responder a todas as questões para os dados serem válidos.



Avaliação das Estratégias de Ensino		Triviar da Família						Formação em Sala						Filme					
		1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0	1	2	3	4	5	0
1	A utilização deste instrumento contribui para a melhor compreensão dos conteúdos sobre Família.																		
2	Considera que os conteúdos abordados neste instrumento foram úteis ao desenvolvimento da sua actividade profissional																		
3	O tempo destinado a aplicabilidade deste instrumento é adequado																		
4	Os temas deste instrumento são apresentados de modo claro e coerente																		
5	O conteúdo do instrumento é adequado entre a teoria e a prática																		
6	Considera que a aprendizagem decorrente deste instrumento terá impacto ao nível do seu desempenho na prática																		
7	A utilização deste instrumento contribui para a motivação dos Formandos																		
8	Sentiu evolução dos seus conhecimentos na área da família com a utilização deste instrumento																		
9	Pretende aplicar os conhecimentos adquiridos com esta actividade																		
10	Os conteúdos desenvolvidos foram em quantidade adequada ao seu nível de conhecimentos																		
11	O momento proporcionado nesta actividade incentivou a participação dos formandos																		
12	Considera que esta metodologia é útil para a aprendizagem																		
13	A duração desta actividade é adequada para permitir aprendizagem																		
14	Recomendaria os conteúdos abordados nesta actividade a outras pessoas																		
15	Este instrumento é útil para rever conhecimentos da família																		
16	A utilização deste instrumento é um bom recurso para despertar interesse sobre o tema																		
17	Este instrumento é útil para diagnosticar lacunas no âmbito da família																		
18	Este instrumento ajuda a reter conhecimentos específicos sobre intervenção em família																		
19	Este instrumento é uma estratégia de ensino adequada para aquisição de competências																		
20	Globalmente esta estratégia foi para mim satisfatória																		

Agradecemos a sua colaboração!

Anexo II: Consentimento informado

DECLARAÇÃO DE CONSENTIMENTO

Carla Sílvia Neves da Nova Fernandes, enfermeira do CHPVVC, aluna do Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências Biomédicas Abel Salazar (ICBAS), sob orientação da Professora Doutora Manuela Martins encontra-se a elaborar a dissertação sobre o tema: “*Família como Foco dos Cuidados de Enfermagem em Meio Hospitalar*”, este estudo têm como finalidade de obter contributos para a melhoria da qualidade dos cuidados de enfermagem à família. O procedimento para recolha de dados a utilizar neste estudo será o recurso a um questionário, no qual solicitamos a sua colaboração nas questões apresentadas, sendo garantida a confidencialidade e anonimato das informações.

Desde já agradecemos a sua colaboração e o seu contributo para a realização do estudo, disponibilizando a pedido os resultados.

Investigadores:

- Carla Fernandes, C.H. Póvoa-Vila do Conde;
carlasilviaf@gmail.com
- Prof.^a D.^a Manuela Martins, Escola S. Enfermagem Porto;
mmartins@esenf.pt

Eu, _____ aceito participar neste estudo, ciente de que a minha participação é voluntária e de que estou livre de em qualquer momento retirar o meu consentimento sem nenhuma espécie de prejuízo.

Reconheço os procedimentos da investigação que me são apresentados, compreendo, igualmente, que não terei nenhuma desvantagem, com a participação no estudo e que o risco a que estarei exposto(a) será potencialmente nulo, dado o anonimato e a confidencialidade das informações.

Assim, pelo presente documento, consinto colaborar na investigação.

Data: ____/____/____

Participante: _____

(Assinatura)

Investigador: _____

(Assinatura)

Nota: Para qualquer questão, contactar os investigadores

Anexo III: Autorização para a realização do estudo

Concordo com a realização
e aplicação dos questionários
de recolha de dados deste
trabalho pelo comitê de
ética local para
a melhoria da
qualidade dos cuidados
de enfermagem. Ao CA

Exmo. Presidente do Conselho de Administração
Do Centro Hospitalar Póvoa de Varzim/ Vila do Conde

11-03-11

Clarisse Martins
Enfermeira Directora

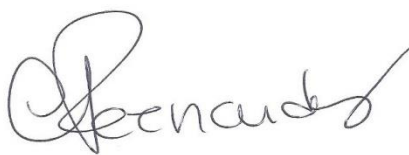
Com o propósito de realizar um trabalho de investigação, enquadrado no plano
de estudos do Doutoramento em Ciências de Enfermagem do Instituto de Ciências
Biomédicas Abel Salazar intitulado "Família como Foco dos Cuidados de
Enfermagem em Meio Hospitalar"

Carla Sílvia Neves da Nova Fernandes, enfermeira, coordenadora da Equipa de
Gestão de Altas desta instituição, vem pelo presente, requerer a V. Exa. autorização
para utilizar a informação obtida nos Encontros de Enfermagem sobre a Família,
aplicar o questionário em anexo, assim como consultar a informação documentada
pelos enfermeiros dos diferentes contextos de cuidados do CHPVVC. Solicita tal
aprovação, comprometendo-se a assegurar o anonimato dos dados, salientando que
em momento algum serão utilizados dados dos utentes, não sendo este o objecto de
estudo.

Colocaremos à disposição de V. Exas., os resultados desta investigação após a
conclusão do estudo.

Pede deferimento

Póvoa de Varzim, 2 de Março de 2011



A/C
Comissão de
Ética para a
pesquisa

Subscrito
por
Clarisse Martins
Enfermeira Directora

11-03-11
Clarisse Martins
Enfermeira Directora

hu
7/2

04-05-11

Anexo IV: Causas da variação da Escala das Atitudes

Determinação das causas da variação do grau de concordância

1- É importante saber quem são os membros da família do utente

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Urgência	-1.340	0.028	[-2.549,-0.144]	0.262	[0.078,0.866]
Bloco operatório	2.147	0.000	[1.021,3.373]	8.559	[2.777,29.166]
Pediatria	1.045	0.043	[0.046,2.090]	2.844	[1.047,8.086]
Utilização de diagnósticos	0.710	0.054	[0.004, 1.447]	2.034	[1.004,4.250]

2- A presença dos membros da família dificulta o meu trabalho

Nenhum parâmetro estimado é significativo..

3- Uma boa relação com os membros da família dá-me satisfação no trabalho

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
UCA	-15.888	0.000	[-17.088,-14.689]	1.26×10^{-7}	-----
Urgência	-15.533	0.000	[-16.653,-14.412]	1.80×10^{-7}	-----
Urgência pediátrica	-14.003	0.000	[-15.301,-12.705]	8.29×10^{-7}	-----
Consulta externa	-17.041	0.000	[-18.464,-15.618]	3.97×10^{-8}	-----
Ortopedia	-15.131	0.000	[-16.055,-14.207]	2.68×10^{-7}	-----
Obstetrícia	-14.961	0.000	[-15.950,-13.972]	3.18×10^{-7}	-----
Bloco operatório	-15.069	0.000	[-15.996,-14.142]	2.86×10^{-7}	-----
Pediatria	-15.225	0.000	[-16.140,-14.309]	2.44×10^{-7}	-----
Cirurgia	-15.197	0.000	[-16.053,-14.340]	2.51×10^{-7}	-----
Método enferm. Referência	-14.474	0.000	[-15.226,-13.722]	5.18×10^{-7}	-----
Cônjuge internado	1.747	0.024	[0.227,3.267]	5.737	[1.255,26.233]

4-Os membros da família devem ser convidados a participar activamente nos cuidados de enfermagem prestados ao utente

Fator	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Formação enfermagem de. Família	-0.729	0.028	[-1.388,-0.087]	0.483	[0.250,0.916]
Urgência	-1.535	0.013	[-2.768,-0.320]	0.215	[0.063,0.726]
Cônjuge internado	1.511	0.043	[0.102,3.130]	4.532	[1.107,22.872]

5-A presença de membros da família é importante para mim como enfermeira(o)

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Experiência profissional	0.040	0.029	[0.004,0.076]	1.041	[1.004,1.079]
UCA	-15.814	0.000	[-16.989,-14.639]	1.36×10^{-7}	-----
Urgência	-15.361	0.000	[-16.514,-14.208]	2.13×10^{-7}	-----
Urgência pediátrica	-14.093	0.000	[-15.509,-12.677]	7.58×10^{-7}	-----
Consulta externa	-16.131	0.000	[-17.522,-14.740]	9.87×10^{-8}	-----
Ortopedia	-15.625	0.000	[-16.627,-14.623]	1.64×10^{-7}	-----
Obstetrícia	-13.938	0.000	[-14.863,-13.013]	8.85×10^{-7}	-----
Bloco operatório	-14.980	0.000	[-15.886,-14.073]	3.12×10^{-7}	-----
Pediatria	-15.213	0.000	[-16.194,-14.232]	2.47×10^{-7}	-----
Cirurgia	-15.085	0.000	[-15.959,-14.210]	2.81×10^{-7}	-----
Método enferm. Referência	-14.039	0.000	[-14.836,-13.242]	8.00×10^{-7}	-----
Filhos internados	-1.077	0.052	[-2.174,0.002]	0.034	[0.114,1.002]

6-No primeiro contacto com os membros da familia, convido-os a participar nas discussões sobre o processo de cuidados ao utente

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Género feminino	-1.157	0.013	[-2.084,-0.255]	0.315	[0.124,0.775]
Método de cuidados globais	0.696	0.029	[0.079,1.329]	2.007	[1.082,3.776]

7-A presença de membros da familia dá-me um sentimento de segurança

Os resultados da estimação mostram que nenhum parâmetro estimado é estatisticamente significativo.

8-Não tenho tempo para cuidar das famílias

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Enfermeiro especialista	0.848	0.048	[0.006,1.691]	2.336	[1.004,1.079]
UCA	18.241	0.000	[17.155,19.328]	8.36×10^{-7}	-----
Urgência	19.259	0.000	[18.161,20.357]	2.31×10^{-8}	-----
Urgência pediátrica	17.465	0.000	[16.208,18.722]	3.84×10^{-7}	-----
Consulta externa	17.225	0.000	[15.872,18.578]	3.03×10^{-7}	-----
Ortopedia	17.013	0.000	[16.134,17.891]	2.45×10^{-7}	-----
Obstetrícia	16.348	0.000	[15.295,17.400]	1.26×10^{-7}	-----
Bloco operatório	17.516	0.000	[16.667,18.365]	4.05×10^{-7}	-----
Pediatria	17.864	0.000	[16.911,18.818]	5.73×10^{-7}	-----
Cirurgia	17.382	0.000	[16.515,18.248]	3.54×10^{-7}	-----

Método enferm. Referência	18.216	0.000	[17.491,18.941]	8.15x10 ⁷	-----
---------------------------	--------	-------	-----------------	----------------------	-------

9-Discutir com os membros da família, sobre o processo de cuidados, no primeiro contacto, poupa-me tempo no meu trabalho futuro

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Género feminino	-1.001	0.025	[-1.891,-0.127]	0.367	[0.151,0.881]
Enfermeiro especialista	-0.659	0.059	[-1.350,0.019]	0.517	[0.259,1.019]

10-A presença de membros da família alivia a minha carga de trabalho

Fator	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	-0.040	0.032	[-0.077,-0.004]	0.961	[0.926,0.996]
Bloco operatório	-1.493	0.005	[-2.564,-0.449]	0.225	[0.077,0.638]
Utilização de diagnósticos	1.077	0.004	[0.350,1.825]	2.937	[1.419,6.203]
Avós internados	-0.958	0.033	[-1.851,-0.087]	0.384	[0.157,0.916]

11-Os membros da família devem ser convidados a participar ativamente no planeamento dos cuidados a prestar ao doente

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
UCA	-14.48	0.000	[-15.608,-13.347]	5.16x10 ⁻⁷	-----
Urgência	-14.16	0.000	[-15.271,-13.056]	7.06x10 ⁻⁷	-----
Urgência pediátrica	-14.16	0.000	[-15.447,-12.881]	7.06x10 ⁻⁷	-----
Consulta externa	-12.37	0.000	[-13.833,-10.917]	4.22x10 ⁻⁶	-----
Ortopedia	-12.69	0.000	[-13.601,-11.788]	3.07x10 ⁻⁶	-----
Obstetrícia	-13.15	0.000	[-14.135,-12.158]	1.95x10 ⁻⁶	-----
Bloco operatório	-13.96	0.000	[-14.880,-13.046]	8.63x10 ⁻⁷	-----
Pediatria	-13.22	0.000	[-14.176,-12.254]	1.82x10 ⁻⁶	-----
Cirurgia	-12.37	0.000	[-13.232,-11.518]	4.22x10 ⁻⁶	-----
Método enferm. referência	-13.89	0.000	[-14.666,-13.111]	9.30x10 ⁻⁷	-----

12-Procuro sempre saber quem são os membros da família do utente

Fator	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
UCA	-13.872	0.000	[-15.293,-12.907]	7.52x10 ⁻⁷	-----
Urgência	-13.142	0.000	[-14.219,-11.743]	2.30x10 ⁻⁶	-----
Urgência pediátrica	-12.614	0.000	[-14.238,-11.623]	2.42x10 ⁻⁶	-----
Consulta externa	-11.164	0.000	[-12.681,-9.900]	1.25x10 ⁻⁵	-----

Ortopedia	-12.610	0.000	[-13.666,-11.815]	2.93×10^{-6}	-----
Obstetrícia	-11.761	0.000	[-12.796,-10.968]	6.91×10^{-6}	-----
Bloco operatório	-13.923	0.000	[-14.905,-13.050]	8.51×10^{-7}	-----
Pediatria	-12.807	0.000	[-13.879,-11.920]	2.50×10^{-6}	-----
Cirurgia	-12.151	0.000	[-13.103,-11.355]	4.89×10^{-6}	-----
Método enferm. referência	-12.931	0.000	[-13.597,-12.050]	2.70×10^{-6}	-----

13-A presença de membros da família é importante para os mesmos

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Experiência profissional	-0.041	0.031	[-0.079,-0.004]	0.960	[0.924,0.996]
UCA	-12.465	0.000	[-13.605,-11.324]	3.86×10^{-6}	-----
Urgência	-13.687	0.000	[-14.898,-12.477]	1.14×10^{-6}	-----
Urgência pediátrica	-11.596	0.000	[-12.905,-10.287]	9.21×10^{-6}	-----
Consulta externa	-12.767	0.000	[-14.222,-11.312]	2.85×10^{-6}	-----
Ortopedia	-12.575	0.000	[-13.527,-11.623]	3.46×10^{-6}	-----
Obstetrícia	-13.520	0.000	[-14.569,-12.472]	1.34×10^{-6}	-----
Bloco operatório	-13.416	0.000	[-14.394,-12.438]	1.49×10^{-6}	-----
Pediatria	-13.632	0.000	[-14.631,-12.632]	1.20×10^{-7}	-----
Cirurgia	-12.299	0.000	[-13.191,-11.408]	4.55×10^{-6}	-----
Método enferm. Referência	-13.184	0.000	[-14.005,-12.363]	1.88×10^{-6}	-----
Fam. Intern. – não se aplica	2.232	0.004	[0.800,3.901]	9.319	[2.226,49.444]

14-Convido os membros da família a conversar depois dos cuidados

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
UCA	-15.629	0.000	[-16.840,-14.418]	1.63×10^{-7}	-----
Urgência	-16.235	0.000	[-17.403,-15.067]	8.90×10^{-8}	-----
Urgência pediátrica	-16.451	0.000	[-17.887,-15.016]	7.17×10^{-8}	-----
Consulta externa	-15.671	0.000	[-17.114,-14.229]	1.56×10^{-7}	-----
Ortopedia	-15.771	0.000	[-16.742,-14.801]	1.41×10^{-7}	-----
Obstetrícia	-15.478	0.000	[-16.460,-14.496]	1.90×10^{-7}	-----
Bloco operatório	-17.022	0.000	[-18.014,-16.030]	4.05×10^{-8}	-----
Pediatria	-15.476	0.000	[-16.456,-14.496]	1.90×10^{-7}	-----
Cirurgia	-14.728	0.000	[-15.652,-13.804]	4.01×10^{-7}	-----
Método enferm. Referência	-16.249	0.000	[-17.060,-15.437]	8.78×10^{-8}	-----
Irmãos internados	1.879	0.011	[0.448,3.421]	6.55	[1.565,30.595]
Familiares intern. – Vários	1.590	0.017	[0.281,2.910]	4.90	[1.325,18.355]

15-Convido os membros da família a participar ativamente nos cuidados ao utente

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
UCA	-12.961	0.000	[-14.149,-11.773]	2.35×10^{-6}	-----
Urgência	-12.627	0.000	[-13.916,-11.339]	3.28×10^{-6}	-----
Urgência pediátrica	-11.042	0.000	[-12.352,-9.732]	1.60×10^{-5}	-----
Consulta externa	-10.769	0.000	[-12.184,-9.354]	2.10×10^{-5}	-----
Ortopedia	-12.715	0.000	[-13.724,-11.705]	3.01×10^{-6}	-----
Obstetrícia	-12.173	0.000	[-13.201,-11.145]	5.17×10^{-6}	-----
Bloco operatório	-12.517	0.000	[-13.475,-11.559]	3.66×10^{-6}	-----
Pediatria	-12.638	0.000	[-13.637,-11.639]	3.25×10^{-6}	-----
Cirurgia	-11.631	0.000	[-12.544,-10.718]	8.89×10^{-6}	-----
Método enferm. Referência	-12.359	0.000	[-13.191,-11.528]	4.29×10^{-6}	-----
Experiências anteriores	-2.804	0.020	[-5.889,-0.724]	0.061	[0.003,0.485]
Fam. Intern. – não se aplica	-2.977	0.023	[-6.169,-0.624]	0.051	[0.002,0.536]

16-Pergunto às famílias como as posso apoiar

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
UCA	-15.251	0.000	[-16.628,-13.873]	2.38×10^{-7}	-----
Urgência	-15.915	0.000	[-17.155,-14.674]	1.23×10^{-7}	-----
Urgência pediátrica	-14.736	0.000	[-16.135,-13.336]	3.98×10^{-7}	-----
Consulta externa	-15.574	0.000	[-17.318,-13.830]	1.72×10^{-7}	-----
Ortopedia	-12.883	0.000	[-14.189,-11.578]	2.54×10^{-6}	-----
Obstetrícia	-12.673	0.000	[-14.062,-11.284]	3.13×10^{-6}	-----
Bloco operatório	-14.832	0.000	[-15.997,-13.668]	3.62×10^{-7}	-----
Pediatria	-13.728	0.000	[-15.085,-12.372]	1.09×10^{-6}	-----
Cirurgia	-13.661	0.000	[-14.922,-12.400]	1.17×10^{-6}	-----
Método de cuidados globais	-1.846	0.043	[-3.764,-0.101]	0.158	[0.023,0.904]
Método enferm. Referência	-14.849	0.000	[-15.951,-13.748]	3.56×10^{-7}	-----

17-Considero os membros da família como parceiros

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Pediatria	-1.296	0.017	[-2.367,-0.238]	0.274	[0.094,0.788]

18-Considero os membros da família como parceiros

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Formação enferm. família	0.690	0.041	[0.034,1.362]	1.994	[1.035,3.905]
Familiares intern. – Vários	1.306	0.023	[0.177,2.463]	3.692	[1.193,11.735]

19-Convido os membros da família a falarem sobre as alterações no estado do utente

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
UCA	-13.65	0.000	[-14.83,-12.47]	1.18×10^{-6}	-----
Urgência	-14.38	0.000	[-15.51,-13.26]	5.67×10^{-7}	-----
Urgência pediátrica	-14.90	0.000	[-16.31,-13.50]	3.37×10^{-7}	-----
Consulta externa	-13.87	0.000	[-15.26,-12.47]	9.51×10^{-7}	-----
Ortopedia	-13.96	0.000	[-14.89,-13.02]	8.66×10^{-7}	-----
Obstetrícia	-13.87	0.000	[-14.88,-12.85]	9.51×10^{-7}	-----
Bloco operatório	-13.42	0.000	[-14.30,-12.53]	1.49×10^{-6}	-----
Pediatria	-14.38	0.000	[-15.39,-13.38]	5.67×10^{-7}	-----
Cirurgia	-14.19	0.000	[-15.10,-13.28]	6.90×10^{-7}	-----
Método enferm. Referência	-14.24	0.000	[-15.04,-13.43]	6.56×10^{-7}	-----

20-O meu envolvimento com as famílias faz-me sentir útil

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Formação enferm. Família	0.9407	0.013	[0.209,1.703]	2.561	[1.232,5.490]
UCA	-11.338	0.000	[-12.553,-10.123]	1.19×10^{-5}	-----
Urgência	-12.506	0.000	[-13.672,-11.340]	3.70×10^{-6}	-----
Urgência pediátrica	-13.635	0.000	[-15.015,-12.254]	1.20×10^{-6}	-----
Consulta externa	-13.164	0.000	[-14.634,-11.693]	1.92×10^{-6}	-----
Ortopedia	-13.578	0.000	[-14.555,-12.600]	1.27×10^{-6}	-----
Obstetrícia	-12.776	0.000	[-13.822,-11.728]	2.83×10^{-6}	-----
Bloco operatório	-14.000	0.000	[-14.886,-13.114]	8.31×10^{-7}	-----
Pediatria	-12.695	0.000	[-13.701,-11.689]	3.07×10^{-6}	-----
Cirurgia	-13.611	0.000	[-14.540,-12.682]	1.23×10^{-6}	-----
Método enferm. Referência	-12.337	0.000	[-13.125,-11.549]	4.39×10^{-6}	-----

21-Ganho muitos conhecimentos valiosos com as famílias que posso utilizar no meu trabalho

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
UCA	-15.872	0.000	[-17.090,-14.654]	1.28×10^{-7}	-----
Urgência	-15.346	0.000	[-16.579,-14.113]	2.16×10^{-7}	-----
Urgência pediátrica	-15.513	0.000	[-16.917,-14.108]	1.83×10^{-7}	-----
Consulta externa	-14.905	0.000	[-16.419,-13.392]	3.36×10^{-7}	-----
Ortopedia	-15.506	0.000	[-16.453,-14.560]	1.84×10^{-7}	-----
Obstetrícia	-14.219	0.000	[-15.157,-13.281]	6.68×10^{-7}	-----
Bloco operatório	-15.931	0.000	[-16.902,-14.960]	1.21×10^{-7}	-----
Pediatria	-14.560	0.000	[-15.560,-13.560]	4.75×10^{-7}	-----
Cirurgia	-14.804	0.000	[-15.688,-13.921]	3.72×10^{-7}	-----
Método enferm. Referência	-14.238	0.000	[-15.017,-13.460]	6.55×10^{-7}	-----
Experiências anteriores	2.301	0.017	[0.384,4.235]	9.983	[1.468,69.051]
Fam. Intern. – não se aplica	2.195	0.044	[0.041,4.403]	8.981	[1.042,81.711]

22-É importante dedicar tempo às famílias

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	-0.070	0.001	[-0.113,-0.028]	0.093	[0.893,0.973]
UCA	-14.651	0.000	[-15.848,-13.455]	4.34×10^{-7}	-----
Urgência	-16.358	0.000	[-17.521,-15.195]	7.87×10^{-8}	-----
Urgência pediátrica	-16.427	0.000	[-17.837,-15.018]	7.34×10^{-8}	-----
Consulta externa	-14.734	0.000	[-16.346,-13.122]	3.99×10^{-7}	-----
Ortopedia	-15.742	0.000	[-16.702,-14.782]	1.46×10^{-7}	-----
Obstetrícia	-15.911	0.000	[-16.994,-14.827]	1.23×10^{-7}	-----
Bloco operatório	-15.603	0.000	[-16.614,-14.593]	1.67×10^{-7}	-----
Pediatria	-16.386	0.000	[-17.425,-15.347]	7.65×10^{-8}	-----
Cirurgia	-15.572	0.000	[-16.554,-14.590]	1.73×10^{-7}	-----
Método enferm. referência	-15.628	0.000	[-16.448,-14.808]	1.63×10^{-7}	-----

23-A presença de membros da família faz-me sentir que me estão a avaliar o planeamento dos cuidados

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
UCA	-13.85	0.000	[-14.909,-12.800]	9.62×10^{-7}	-----
Urgência	-14.11	0.000	[-15.193,-13.030]	7.44×10^{-7}	-----
Urgência pediátrica	-14.90	0.000	[-16.169,-13.632]	3.38×10^{-7}	-----
Consulta externa	-14.49	0.000	[-15.732,-13.239]	5.12×10^{-7}	-----
Ortopedia	-13.96	0.000	[-14.789,-13.137]	8.63×10^{-7}	-----
Obstetrícia	-14.90	0.000	[-15.824,-13.976]	3.38×10^{-7}	-----
Bloco operatório	-15.32	0.000	[-16.151,-14.495]	2.21×10^{-7}	-----

Pediatria	-13.90	0.000	[-14.866,-12.931]	9.20×10^{-8}	-----
Cirurgia	-14.68	0.000	[-15.478,-13.877]	4.22×10^{-7}	-----
Método enferm. referência	-12.78	0.000	[-13.565,-11.991]	2.82×10^{-6}	-----

24-Convido os membros da família a opinar aquando do planeamento dos cuidados

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Urgência pediátrica	-1.853	0.014	[-3.417,-0.408]	0.157	[0.033,0.665]
Método de cuidados globais	0.818	0.012	[0.186,1.466]	2.266	[1.204,4.331]
Experiências anteriores	2.531	0.009	[0.732,4.694]	12.566	[2.078,109.320]
Filhos internados	1.241	0.024	[0.187,2.360]	3.459	[1.205,10.592]
Fam. Intern. – não se aplica	2.248	0.037	[0.233,4.601]	9.468	[1.263,99.590]

25-Vejo-me como um recurso para as famílias, para que elas possam lidar o melhor possível com a sua situação

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Enfermeiro chefe	-1.695	0.048	[-3.469,-0.004]	0.183	[0.031,0.996]
Experiência profissional	-0.044	0.015	[-0.081,-0.009]	0.957	[0.922,0.991]
UCA	-13.777	0.000	[-14.926,-12.627]	1.04×10^{-6}	-----
Urgência	-13.754	0.000	[-14.854,-12.655]	1.06×10^{-6}	-----
Urgência pediátrica	-13.966	0.000	[-15.298,-12.634]	8.60×10^{-7}	-----
Consulta externa	-13.501	0.000	[-14.979,-12.023]	1.37×10^{-6}	-----
Ortopedia	-14.047	0.000	[-14.948,-13.146]	7.93×10^{-7}	-----
Obstetrícia	-14.245	0.000	[-15.201,-13.289]	6.51×10^{-7}	-----
Bloco operatório	-14.439	0.000	[-15.344,-13.535]	5.36×10^{-7}	-----
Pediatria	-13.866	0.000	[-14.843,-12.889]	9.51×10^{-7}	-----
Cirurgia	-13.746	0.000	[-14.601,-12.891]	1.07×10^{-6}	-----
Método enferm. referência	-13.779	0.000	[-14.534,-13.023]	1.04×10^{-6}	-----

26-A presença de membros da família deixa-me em stress

Factor	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Enfermeiro especialista	0.872	0.029	[0.100,1.673]	2.392	[1.105,5.329]
Medicina mulheres	1.506	0.025	[0.172,2.836]	4.509	[1.188,17.044]
Cirurgia	1.393	0.007	[0.393,2.410]	4.028	[1.481,11.133]
Experiências anteriores	3.232	0.007	[1.171,6.300]	25.334	[3.225,544.265]
Fam. Intern. – não se aplica	2.540	0.046	[0.278,5.698]	12.679	[1.320,298.368]

Anexo V: Causas de variação da Escala dos Conflitos

Perante a dificuldade de trabalho com o familiar do utente, tento analisar a situação com ele, para encontrar uma solução aceitável para ambos

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Ortopedia	-1.225	0.043	[-2.434,-0.069]	0.294	[0.088,0.933]
Bloco operatório	-1.482	0.011	[-2.641,-0.371]	0.227	[0.072,0.690]
Pediatria	-1.546	0.010	[-2.740,-0.392]	0.213	[0.065,0.676]
Método enferm. Referência	-1.325	0.008	[-2.327,-0.371]	0.266	[0.098,0.690]
Irmãos internados	-2.671	0.000	[-4.124,-1.228]	0.069	[0.016,0.293]

Perante um problema de trabalho, geralmente tento satisfazer as necessidades do familiar do utente

Nenhum dos parâmetros estimados se revelou significativo.

Perante um conflito com o familiar do utente, procuro evitar que me coloquem numa situação difícil e tento não implicar ninguém no problema

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Enfermeiro especialista	0.726	0.034	[0.060,1.405]	2.067	[1.062,4.075]
Enfermeiro chefe	1.740	0.024	[0.233,3.314]	5.699	[1.262,27.501]
Medicina mulheres	2.011	0.001	[0.841,3.219]	7.467	[2.319,24.997]
Cirurgia	1.118	0.018	[0.191,2.053]	3.058	[1.211,7.788]

Perante uma situação problemática com o familiar do utente, tento integrar as minhas ideias e as suas, para alcançar uma decisão conjunta

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Obstetrícia	1.143	0.041	[0.029,2.234]	3.135	[1.030,9.337]
Irmãos internados	-1.804	0.011	[-3.236,-0.388]	0.165	[0.039,0.679]

Procuro analisar com o familiar do utente as soluções para os problemas que nos beneficiem a ambos

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.069	0.001	[0.027,0.110]	1.071	[1.028,1.117]
Enfermeiro especialista	-1.741	0.001	[-2.765,-0.749]	0.175	[0.063,0.473]
Enfermeiro chefe	-2.013	0.024	[-3.753,-0.249]	0.134	[0.023,0.779]

Enfermagem de família	0.935	0.025	[0.120,1.765]	2.547	[1.127,5.841]
UCA	-11.811	0.000	[-12.970,-10.653]	7.42×10^{-6}	-----
Urgência	-13.628	0.000	[14.744,-12.512]	1.21×10^{-6}	-----
Urgência pediátrica	-12.241	0.000	[-13.527,-10.956]	4.83×10^{-6}	-----
Consulta externa	-14.382	0.000	[-15.863,-12.901]	5.67×10^{-7}	-----
Ortopedia	-11.999	0.000	[-12.902,-11.096]	6.15×10^{-6}	-----
Obstetrícia	-9.914	0.000	[-11.040,-8.788]	4.95×10^{-5}	-----
Bloco operatório	-12.685	0.000	[-13.634,-11.736]	3.10×10^{-6}	-----
Pediatria	-12.041	0.000	[-12.958,-11.125]	5.89×10^{-6}	-----
Cirurgia	-12.675	0.000	[-13.964,-12.015]	2.28×10^{-6}	-----
Método enferm. Referência	-12.675	0.000	[-13.451,-11.900]	3.13×10^{-6}	-----

Quando se trata de problemas de trabalho, de um modo geral, evito discutir abertamente com o familiar do utente

Nenhum dos parâmetros estimados se revelou significativo.

Procuo encontrar caminhos intermédios no intuito de avançar para uma solução

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Género feminino	-1.255	0.010	[-2.222,-0.295]	0.285	[0.108,0.744]
Experiências anteriores	-1.132	0.049	[-2.263,0.007]	0.325	[0.104,1.007]

Procuo utilizar todos os recursos ao meu alcance, para que as minhas ideias sejam aceites

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Enfermeiro especialista	-0.941	0.021	[-1.751,-0.145]	0.390	[0.174,0.865]
UCA	-14.913	0.000	[-15.982,-13.843]	3.34×10^{-7}	-----
Urgência	-13.892	0.000	[-14.86,-12.799]	9.26×10^{-7}	-----

Urgência pediátrica	-14.180	0.000	[-15.333,-13.026]	6.95×10^{-7}	-----
Consulta externa	-14.380	0.000	[-15.712,-13.048]	5.69×10^{-7}	-----
Ortopedia	-14.775	0.000	[-15.602,13.948]	3.83×10^{-7}	-----
Obstetrícia	-12.719	0.000	[-13.790,-11.648]	2.99×10^{-6}	-----
Bloco operatório	-13.156	0.000	[-13.961,-12.351]	1.93×10^{-6}	-----
Pediatria	-13.949	0.000	[-14.808,-13.090]	8.75×10^{-7}	-----
Cirurgia	-14.320	0.000	[-15.133,-13.506]	6.04×10^{-7}	-----
Método enferm. Referência	-13.209	0.000	[-13.974,-12.444]	1.83×10^{-6}	-----

Uso o meu prestígio profissional e a autoridade conferida, para pressionar em meu favor

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Medicina mulheres	1.373	0.013	[0.274,2.465]	3.949	[1.315,11.761]
Urgência	1.151	0.050	[-0.014,2.307]	3.160	[0.986,10.047]

Geralmente, actuo como deseja o familiar do utente

Nenhum dos parâmetros estimados se revelou significativo.

Usualmente, acato os desejos do familiar do utente

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Enfermeiro especialista	-0.881	0.024	[-1.657,-0.116]	0.414	[0.191,0.890]
Formação enferm. Família	0.840	0.015	[0.164,1.528]	2.317	[1.179,4.610]
Consulta externa	2.247	0.001	[0.904,3.656]	9.463	[2.469,38.707]
Ortopedia	-1.212	0.037	[-2.368,-0.080]	0.298	[0.094,0.923]
Pediatria	-1.262	0.045	[-2.505,-0.036]	0.283	[0.082,0.964]
Cirurgia	-1.856	0.003	[-3.115,-0.621]	0.156	[0.044,0.538]
Método de cuidados globais	1.069	0.026	[0.135,2.020]	2.912	[1.144,7.537]

Perante uma situação problemática com o familiar do utente, a informação que troco com ele é sempre verdadeira

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Género feminino	-1.389	0.002	[-2.300,-0.496]	0.249	[0.100,0.609]
Enfermeiro chefe	2.543	0.002	[0.884,4.238]	12.721	[2.421,69.269]
Método de cuidados globais	0.921	0.006	[0.273,1.592]	2.513	[1.314,4.914]
Cônjuge internado	-1.375	0.041	[-2.701,-0.028]	0.252	[0.067,0.973]

Perante uma dificuldade de trabalho com o familiar do utente, geralmente faço-lhe concessões

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Género feminino	-0.949	0.024	[-1.786,-0.127]	0.387	[0.168,0.881]
Urgência pediátrica	-1.418	0.038	[-2.809,-0.092]	0.242	[0.060,0.912]
Cônjuge internado	1.777	0.007	[0.500,3.143]	5.910	[1.648,23.175]

Usualmente, proponho um caminho intermédio, para romper com os pontos mortos (impasses)

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Idade	0.038	0.034	[0.003,0.073]	1.038	[1.003,1.075]
UCA	-1.233	0.038	[-2.393,-0.044]	0.291	[0.091,0.956]
Familiares intern. – Vários	1.471	0.015	[0.279,2.676]	4.352	[1.322,14.531]

Perante problemas de trabalho, procuro conseguir acordos com o familiar do utente

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC

Género feminino	-1.050	0.029	[-1.991,-0.104]	0.350	[0.137,0.901]
Enfermeiro chefe	2.595	0.002	[0.934,4.378]	13.403	[2.545,79.645]

Tento não mostrar desacordo com o familiar do utente

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Género feminino	-1.104	0.013	[-1.978,-0.237]	0.331	[0.138,0.789]
Obstetrícia	1.223	0.013	[0.248,2.199]	3.397	[1.282,9.014]

Evito confrontos com o familiar do utente

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Enfermeiro	1.877	0.024	[0.219,3.533]	6.532	[1.245,34.211]
Pediatria	-1.739	0.001	[-2.781,-0.703]	0.176	[0.062,0.495]
Utilização de	-0.910	0.011	[-1.625,-0.223]	0.402	[0.197,0.800]
Familiares	-1.481	0.010	[-2.612,-0.346]	0.227	[0.073,0.707]

Uso os meus conhecimentos e experiência profissional, para que as decisões me favoreçam

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Enfermeiro	-1.278	0.002	[-2.101,-0.476]	0.279	[0.122,0.622]
Medicina mulheres	1.655	0.025	[0.220,3.121]	5.232	[1.246,22.678]
UCA	-15.200	0.000	[-16.216,-	2.50×10^{-7}	-----
Urgência	-14.631	0.000	[-15.601,-	4.43×10^{-7}	-----
Urgência pediátrica	-15.661	0.000	[-16.690,-	1.58×10^{-7}	-----
Consulta externa	-14.588	0.000	[-15.995,-	4.62×10^{-7}	-----
Ortopedia	-14.813	0.000	[-15.676,-	3.69×10^{-7}	-----
Obstetrícia	-14.944	0.000	[-15.994,-	3.24×10^{-7}	-----
Bloco operatório	-15.823	0.000	[-16.723,-	1.34×10^{-7}	-----
Pediatria	-14.153	0.000	[-15.031,-	7.13×10^{-7}	-----
Cirurgia	-15.148	0.000	[-15.943,-	2.64×10^{-7}	-----
Método enferm.	-15.181	0.000	[-16.056,-	2.55×10^{-7}	-----
Utilização de	0.805	0.034	[0.066,1.554]	2.237	[1.068,4.731]
Cônjuge internado	1.587	0.016	[0.315,2.947]	4.888	[1.370,19.056]

No trabalho, de um modo geral, acato as sugestões do familiar do utente

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Enfermeiro especialista	-1.055	0.010	[-1.862,-0.255]	0.348	[0.155,0.775]
Experiência profissional	0.048	0.003	[0.016,0.080]	1.049	[1.017,1.083]
Obstetrícia	1.705	0.003	[0.595,2.821]	5.503	[1.814,16.791]

Ao procurar soluções para um problema de trabalho com o familiar do utente, por vezes, tenho que ceder um pouco para conseguir algo

Nenhum dos parâmetros estimados se revelou significativo.

Perante uma situação problemática com o familiar do utente, geralmente mostro-me firme para procurar impor o meu ponto de vista

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Formação enferm.	0.715	0.023	[0.103,1.340]	2.043	[1.108,3.821]
Familiares intern. –	-1.051	0.040	[-2.062,-0.040]	0.350	[0.127,0.961]

Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, procuro colocar claramente os nossos interesses, para que o problema seja resolvido da melhor forma possível

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Formação enferm.	0.903	0.009	[0.235,1.585]	2.466	[1.265,4.879]
Medicina mulheres	1.704	0.028	[0.184,3.236]	5.496	[1.203,25.430]
UCA	20.589	0.000	[19.509,21.669]	8.74×10^8	-----
Urgência	20.645	0.000	[19.673,21.617]	9.25×10^8	-----
Urgência pediátrica	22.035	0.000	[20.718,23.352]	3.71×10^9	-----
Consulta externa	21.326	0.000	[20.093,22.560]	1.83×10^9	-----
Ortopedia	21.142	0.000	[20.249,22.036]	1.52×10^9	-----
Obstetrícia	21.380	0.000	[20.480,22.279]	1.93×10^9	-----
Bloco operatório	21.396	0.000	[20.586,22.206]	1.96×10^9	-----
Pediatria	20.745	0.000	[19.887,21.602]	1.02×10^9	-----
Cirurgia	20.223	0.000	[19.331,21.115]	6.06×10^8	-----
Método enferm.	19.913	0.000	[18.983,20.844]	4.45×10^8	-----

Colaboro com o familiar do utente, para chegar a soluções aceitáveis para ambos

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Método enferm.	-0.949	0.034	[-1.827,-0.071]	0.387	[0.161,0.931]

No trabalho, tento satisfazer as expectativas do familiar do utente

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Género feminino	-1.231	0.014	[-2.220,-0.251]	0.292	[0.109,0.778]
UCA	-2.087	0.006	[-3.582,-0.582]	0.124	[0.028,0.559]
Urgência	-2.121	0.003	[-3.507,-0.726]	0.120	[0.030,0.483]
Bloco operativo	-2.382	0.001	[-3.818,-0.956]	0.092	[0.022,0.384]
Método de cuidados	-1.470	0.006	[-2.518,-0.421]	0.230	[0.081,0.657]
Método enferm.	-1.702	0.007	[-2.948,-0.467]	0.182	[0.052,0.627]
Familiares intern. –	1.313	0.032	[0.108,2.515]	3.717	[1.114,12.371]

Algumas vezes, uso todos os recursos ao meu alcance, para ganhar numa situação de competição com o familiar do utente

Nenhum dos parâmetros estimados se revelou significativo.

Procuo não mostrar o meu desacordo com o familiar do utente, para evitar problemas

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Urgência	1.140	0.028	[0.112,2.167]	3.127	[1.119,8.732]

Tento evitar situações aborrecidas e desagradáveis com o familiar do utente

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Avós internados	1.349	0.002	[0.521,2.192]	3.853	[1.684,8.957]

Perante um problema de trabalho com o familiar do utente, tento analisar conjuntamente a situação, para conseguir uma compreensão adequada do mesmo

Questão	Parâmetro estimado			Odds ratio	
	Estimativa	valor-p	IC	Rácio	IC
Urgência	-1.430	0.021	[-2.650,-0.202]	0.239	[0.071,0.817]